

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le soin générique et le soin professionnel à la période prénatale,  
l'expérience de femmes de la région du sud de la Tunisie.

par

Ginette Lazure

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophia Doctor (Ph.D)  
en sciences infirmières

Août, 1999

© Ginette Lazure, 1999



WY  
5  
U58  
2000  
v.008

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les soins dentaires et le rôle professionnel à la période post-1945  
l'expérience de femmes de la région de la vallée de la Saguenay

par  
Christine Lacroix  
Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophie Doctor (Ph.D.)  
en sciences infirmières

juin 1999

© Christine Lacroix 1999



Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Cette thèse intitulée

Le soin générique et le soin professionnel à la période prénatale,  
l'expérience de femmes de la région du sud de la Tunisie

présentée par

Ginette Lazure

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Louise Boucheard  
Michel Perreault  
Franco Carnerale  
Linda Lepage

Thèse acceptée le:

## SOMMAIRE

En Tunisie, un taux de mortalité maternelle de 170 par 100,000 naissances vivantes est considéré très élevé si l'on tient compte des infrastructures disponibles dans ce pays. Il est démontré qu'il existe une relation significativement négative entre l'utilisation des services de soins professionnels à la période prénatale et le taux de mortalité maternelle. En 1996, le nombre de consultations prénatales enregistrées dans les centres de Protection Maternelle et Infantile en Tunisie était en moyenne de 1,12 par grossesse. Il existe un véritable problème de sous-utilisation des services de soins prénatals dans ce pays. Selon l'OMS, le véritable défi de l'organisation des services de soins prénatals consiste à ce que les professionnels de la santé redécouvrent, se réapproprient et restaurent le savoir spécifique des femmes aux soins prénatals, afin de nourrir leurs pratiques soignantes (Who, 1978, 1989). Le but de cette étude est de décrire et d'analyser les expressions et les significations de soins génériques et de soins professionnels à la période prénatale selon des femmes de la région du sud de la Tunisie dans leur contexte social et culturel. Le cadre de référence intègre les concepts suivants : le contexte culturel, la culture, le soin culturel selon la théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels de Leininger (1991) et les rapports sociaux de genre selon une perspective féministe et de développement. Une compréhension renouvelée du phénomène de sous-utilisation des services de soins prénatals en Tunisie a fait appel à une méthode de recherche ethnographique selon une approche constructiviste. Cinquante-huit informatrices principales, cinquante et une informatrices générales et trente et un informateurs

contextuels, répartis dans des milieux urbains et ruraux des régions de Gabès et de Tataouine, ont participé au processus de recherche. Différentes techniques de collecte des données ont été utilisées : l'enregistrement des entrevues de groupe et des entrevues individuelles ainsi que des notes écrites de l'observation participante. Ces données ont été soumises à des groupes de travail constitués de sages-femmes, de professionnels de la santé, d'enseignants, d'éducateurs ainsi que de femmes du milieu. La construction des interprétations du soin à la période prénatale s'est appuyée sur un processus d'analyse herméneutique et thématique. Au terme de ce processus d'analyse, il est apparu que les significations suivantes de soins génériques reflétant les valeurs importantes à la période prénatale ont émergé : Obtenir la protection de Dieu et des saints, maintenir l'honneur de la famille, respecter l'éthique de travail des femmes, augmenter et maintenir ses forces et ses capacités physiques, vivre en harmonie avec son environnement. Ces significations de soins génériques se comprennent dans le contexte du respect de l'autorité hiérarchique familiale qui s'exprime par un respect de l'autorité des hommes, un respect de l'univers des hommes ainsi que le respect de l'autorité des belles-mères. Les significations de soins professionnels telles que perçues par les informatrices révèlent une pauvre qualité des relations interpersonnelles et une distance socioculturelle manifeste. Les connaissances générées offrent des pistes de réflexion de nature épistémologique, téléologique, méthodologique et ontologique pour la discipline infirmière et de sage-femme. Des recommandations pour la formation, la recherche et la pratique des sages-femmes responsables du soin prénatal dans cette région de la Tunisie, sont apportées en lien avec les principes qui sous-tendent la philosophie des soins de santé primaires.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>X</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>XI</b>
<b>LISTE DES CIGLES ET ABRÉVIATIONS</b>	<b>XII</b>
<b>DÉDICACE</b>	<b>XIII</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>XIV</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>PROBLÉMATIQUE</b>	<b>4</b>
<b>LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS PRÉNATALS</b>	<b>5</b>
<b>LE CONTEXTE TUNISIEN DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS PRÉNATALS</b>	<b>10</b>
<b>LE SOIN PRÉNATAL</b>	<b>14</b>
<b>Le soin prénatal générique</b>	<b>15</b>
<b>Le soin prénatal professionnel</b>	<b>16</b>
<b>Le soin prénatal professionnel en Tunisie</b>	<b>18</b>
<b>L'articulation du soin générique et du soin professionnel</b>	<b>18</b>
<b>UNE APPROCHE ÉMIQUE VERSUS UNE APPROCHE ÉTIQUE</b>	<b>20</b>
<b>BUT DE LA RECHERCHE</b>	<b>21</b>
<b>QUESTIONS DE RECHERCHE</b>	<b>21</b>
<b>RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE</b>	<b>23</b>
<b>LE SOIN CULTUREL À LA PÉRIODE PRÉNATALE</b>	<b>24</b>
<b>LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL TUNISIEN</b>	<b>30</b>
<b>L'organisation politico- administrative</b>	<b>30</b>
<b>L'éducation</b>	<b>31</b>
<b>La condition féminine</b>	<b>32</b>

La langue et la religion	33
Les liens familiaux et sociaux	36
<b>LE CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE</b>	<b>37</b>
Le concept de contexte culturel	37
Le concept de culture	38
Le concept de soin culturel	39
Les rapports sociaux de genre	44
Perspective féministe	45
<i>La socialisation</i>	46
<i>Les liens reproduction-production</i>	48
Perspective de développement	50
<b>MÉTHODE DE RECHERCHE</b>	<b>57</b>
LES PRINCIPES FÉMINISTES	58
LA STRATÉGIE DE RECHERCHE	60
SITES RETENUS	61
SÉLECTION DES INFORMATRICES	62
Informatrices principales	64
Informatrices générales	65
Informateurs contextuels	65
COLLECTE DES DONNÉES	65
Le guide d'exploration	66
Les interprètes	68
Les entrevues de groupes	69
Les entrevues individuelles	72
L'observation participante	73
LE DOSSIER ETHNOGRAPHIQUE	75
Les notes écrites	75
Le journal de bord	76
Documents, artefacts, recettes et remèdes	77
Le logiciel Q.S.R. NUD*IST, (1994)	78
PROCESSUS D'ANALYSE ET D'INTERPRÉTATION DES DONNÉES	79
L'approche herméneutique	80
Premier processus de transformation	80
Deuxième processus de transformation	80
Troisième processus de transformation	80
Quatrième processus de transformation	82
Cinquième processus de transformation	82
L'approche thématique	82
CRITÈRES DE RIGUEUR	83

La crédibilité	83
La fiabilité "Confirmability "	84
La triangulation	85
La saturation	85
La transposition	85
La réflexivité	88
<b>CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES</b>	<b>88</b>
<b>DIFFICULTÉS RENCONTRÉES</b>	<b>89</b>
<b>CIRCONSTANCES FACILITANTES</b>	<b>91</b>
<b>ANALYSE ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b>	<b>93</b>
<b>LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL</b>	<b>94</b>
Tataouine et sa région, contexte rural	94
Gabès, contexte urbain	97
Ghannouch, contexte semi-urbain	98
<b>LE CONTEXTE SANITAIRE</b>	<b>99</b>
Le Gouvernorat de Tataouine	99
Le Gouvernorat de Gabès	100
<b>LE PROFIL SOCIOCULTUREL DES INFORMATRICES PRINCIPALES</b>	<b>101</b>
<b>LES EXPRESSIONS ET LES SIGNIFICATIONS DE SOIN GÉNÉRIQUES</b>	<b>104</b>
Le respect de l'autorité hiérarchique familiale	105
Le respect de l'autorité des hommes de la famille	110
Le respect de l'univers des hommes	116
Le respect de l'autorité des belles-mères	119
Obtenir la protection de Dieu et des saints	128
Satisfaire les envies	134
Prier et s'entourer d'objets religieux	135
Porter des fétiches et des talismans	136
Exécuter des rites protecteurs	136
Exorciser le Mauvais Œil	137
Faire des offrandes lors de pèlerinages	137
Maintenir l'honneur de la famille	138
Se soumettre à un code de conduite	139
Limiter les déplacements inutiles	143
Respecter l'éthique de travail des femmes	146
Le quotidien des femmes et les risques associés	147
<i>Transporter de lourdes charges</i>	148
<i>Travailler aux champs</i>	150
<i>Entretenir les animaux</i>	157
<i>Effectuer le travail ménager</i>	157
<i>Effectuer des travaux d'artisanat</i>	158
Partager les tâches entre femmes	164

<b>Augmenter et maintenir ses forces physiques</b>	<b>167</b>
Manger des aliments fortifiants	167
Consommer du charbon de bois ou de l'argile	169
<b>Vivre en harmonie avec son environnement</b>	<b>173</b>
Se conforter par la présence des autres femmes	173
Éviter les émotions fortes	174
Éviter des substances tabous	176
Éviter de prendre froid	177
<b>LES EXPRESSIONS ET LES SIGNIFICATIONS DE SOINS PROFESSIONNELS</b>	<b>181</b>
<b>Une pauvre qualité des relations interpersonnelles</b>	<b>184</b>
Des approches moralisantes	185
Un manque de respect et d'écoute	188
Des attitudes brusques lors des accouchements	189
<b>Une distance socioculturelle manifeste</b>	<b>190</b>
Des différences au niveau de la tenue vestimentaire	190
Des différences au niveau des normes d'hygiène	190
Des différences au niveau du statut social	191
Des différences au niveau de la conception du suivi prénatal professionnel	193
<b>ARTICULATION DU SOIN GÉNÉRIQUE ET DU SOIN PROFESSIONNEL</b>	<b>195</b>
L'accouchement traditionnel	195
L'accouchement à la maternité	197
<b>DISCUSSION</b>	<b>201</b>
<b>PROPOSITIONS THÉORIQUES</b>	<b>202</b>
Première proposition	202
Deuxième proposition	206
Les rapports sociaux de genre	206
<i>L'alimentation</i>	208
<i>L'accès à l'éducation</i>	210
L'interaction production/reproduction	212
<i>Le travail aux champs</i>	213
<i>Les corvées d'eau et de bois</i>	215
<b>L'INFLUENCE DES CONNAISSANCES ISSUES DU PARADIGME CONSTRUCTIVISTE SUR LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE ET LA DISCIPLINE DE SAGE-FEMME</b>	<b>217</b>
Le champ épistémologique	218
Le champ téléologique	222
Le champ méthodologique	223
Le champ ontologique	225
L'écoute curieuse	226
Le maintien d'une distance compatissante	226
Une collaboration non moralisante	227
Le miroir de leurs forces	228
<b>RECOMMANDATIONS POUR LA FORMATION, LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES EN TUNISIE</b>	<b>230</b>

<b>La formation</b>	<b>230</b>
<b>La recherche</b>	<b>234</b>
<b>La santé des jeunes filles</b>	<b>235</b>
<b>Le travail des femmes</b>	<b>236</b>
<b>L'organisation des services de soins professionnels</b>	<b>236</b>
<b>La pratique</b>	<b>237</b>
<b>La promotion et le contenu du suivi prénatal</b>	<b>237</b>
<b>L'organisation des services de soins professionnels</b>	<b>241</b>
<b>Un modèle de pratique</b>	<b>242</b>
<b>Les partenariats communautaires</b>	<b>243</b>
<b>CONTRIBUTIONS DE L'ÉTUDE</b>	<b>248</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>250</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>253</b>
<b>Annexe I CARTE DE LA TUNISIE</b>	<b>291</b>
<b>Annexe II GUIDE D'EXPLORATION, VERSION FRANÇAISE</b>	<b>293</b>
<b>Annexe III GUIDE D'EXPLORATION, VERSION ARABE</b>	<b>301</b>
<b>Annexe IV PHOTOS</b>	<b>310</b>
<b>Annexe V LISTE DES HERBES</b>	<b>339</b>
<b>Annexe VI DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES</b>	<b>341</b>

**LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I</b>	<b>TAUX GLOBAL DE FÉCONDITÉ PAR RÉGION</b>	<b>12</b>
<b>Tableau II</b>	<b>LE SYSTÈME ÉDUCATIF EN TUNISIE</b>	<b>32</b>
<b>Tableau III</b>	<b>LES INFORMATRICES</b>	<b>67</b>
<b>Tableau IV</b>	<b>PROFIL SOCIO SANITAIRE</b>	<b>100</b>
<b>Tableau V</b>	<b>PROFIL SOCIOCULTUREL</b>	<b>103</b>
<b>Tableau VI</b>	<b>LES SIGNIFICATIONS ET LES EXPRESSIONS DE SOINS GÉNÉRIQUE</b>	<b>128</b>
<b>Tableau VII</b>	<b>RÉPARTITION DE LA MAIN D'ŒUVRE AGRICOLE</b>	<b>151</b>
<b>Tableau VIII</b>	<b>LES SIGNIFICATIONS ET LES EXPRESSIONS DE SOINS PROFESSIONNELS</b>	<b>184</b>
<b>Tableau IX</b>	<b>DESCRIPTEURS SÉMANTIQUES</b>	<b>345</b>

**LISTE DES FIGURES**

<b>Figure I</b>	<b>MODÈLE SUNRISE DE LEININGER</b>	<b>43</b>
<b>Figure II</b>	<b>ANALYSE THÉMATIQUE DE LEININGER</b>	<b>86</b>
<b>Figure III</b>	<b>ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES</b>	<b>87</b>

**LISTE DES CIGLES ET ABRÉVIATIONS**

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
CRDI	Centre de Recherches pour le Développement International
CREDIF	Centre de Recherches, d'Études, de Documentation et d'information sur la Femme
INST	Institut National de Statistiques Tunisien
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFP	Organisation Nationale de la Famille et de la Population
ONU	Organisation des Nations Unies
SSB	Soins de Santé de Base
UNFT	Union Nationale des Femmes Tunisiennes
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance

## DÉDICACE

Je dédie ce travail à:

♥ Geneviève qui a été ma principale source de motivation et de persévérance durant les périodes difficiles traversées tout au long de ce projet.

♥ Ma mère Cécile et mon père Roger, pour leur soutien moral qu'ils m'ont apporté tout au long de ce travail malgré les distances qui nous séparaient et surtout pour cet amour de l'éducation et ce désir d'apprendre qu'ils ont fait germer en moi depuis ma plus tendre enfance.

♥ Ma soeur et mon beau frère ainsi que mes frères et belles-soeurs, mes neveux et nièces qui m'ont appuyée chacun à leur manière et ont cru en moi.

Ce travail n'aurait jamais pu être achevé sans la présence de ces personnes dans ma vie.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendue possible, sur le plan académique, grâce à la contribution de certains organismes et à l'appui de plusieurs personnes.

Mes études doctorales ont bénéficié de l'appui financier sous forme de bourses d'études de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec pour une période de deux ans. De plus, le Centre de recherches en développement international a subventionné le travail de terrain en Tunisie. Que ces organismes, en particulier les personnes qui en sont responsables, trouvent ici l'expression de ma sincère gratitude.

Parmi les personnes qui ont marqué mon parcours, je tiens d'abord à remercier les femmes des régions de Tataouine et de Gabès qui ont accepté généreusement de participer à cette étude malgré leurs nombreuses occupations. Je m'adresse aussi aux sages-femmes et aux professionnels de la santé de ces régions qui ont toujours démontré un enthousiasme à construire ensemble les interprétations de soins. Mes sincères remerciements aux enseignants des Écoles Professionnelles de la Santé Publique de Gabès et de Tataouine, principalement M. Ben Moussa Mohamed, ainsi qu'à Marsia, Ipticem et Radhia, interprètes et amies, pour leur aide précieuse et leur confiance. Veuillez tous trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je veux souligner le soutien inconditionnel du Dr. Habiba Ben Romdhane de l'Institut de Santé Publique de Tunis, je lui adresse mes plus sincères remerciements. Je tiens aussi à témoigner de ma reconnaissance au Dr. Chadi de l'ONFP, qui a facilité mes contacts avec les délégations régionales de Tataouine et de Gabès.

À mon directeur de recherche, monsieur Michel Perreault, c'est l'occasion d'exprimer toute ma reconnaissance pour sa confiance en mes capacités de poursuivre cette expérience.

À mon comité de doctorat, madame Céline Goulet, madame Francine Saillant et monsieur Franco Carnavale, par vos questionnements, vos encouragements et parfois vos doutes, vous avez su stimuler mes efforts de clarification, je vous en remercie.

À mes amies, amis et complices de doctorat, Francine et Chedley, Hélène et Jean-Pierre, Judith et Stephan, Marie et Habib, Suzanne, Marjolaine, Denise et John, Anne-Marie et Samuel, Jeannette et Thaou, Fernande et Robert, merci pour votre présence.

Je n'oublierai jamais toute la générosité de mes amies Annie et Monique qui ont réalisé la mise en page de ce document.

À tous mes collègues et amis de l'Université de Moncton qui m'ont toujours témoigné leur encouragement et soutenu lors de la rédaction, je vous garde dans mon coeur.

## **INTRODUCTION**

Dix années se sont écoulées depuis le lancement de l'initiative par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour une maternité sans risque. Dix années durant lesquelles le monde entier est devenu plus conscient de la nécessité de réduire la mortalité maternelle, mieux informé des causes de cette mortalité. Depuis plusieurs années, les autorités du Ministère de la Santé tunisien s'inquiètent de la mortalité maternelle, toujours importante dans plusieurs régions de ce pays.

L'OMS reconnaît que la santé maternelle est en grande partie tributaire des services de soins professionnels prénatals de qualité. En Tunisie, les soins professionnels en périnatalité sont dispensés par des sages-femmes, au niveau des centres de santé et des maternités. On constate qu'il existe une sous-utilisation de ces services par des femmes de plusieurs régions de la Tunisie malgré les efforts investis au niveau de la qualité des infrastructures de santé.

Lors de la conférence d'Alma Ata de 1978, réunie sous l'égide de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), on a souligné l'importance pour les professionnels de la santé d'adopter une conception de la santé qui part et intègre le savoir populaire de soin, appelé aussi soin générique, dans les activités visant la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation. Une telle conception permet d'offrir des soins qui répondent davantage aux besoins perçus par diverses clientèles (OMS 1978).

À l'instar de Collière (1996), nous croyons que les points d'ancrage du soin professionnel tunisien offert à la période prénatale, dispensé par des sages-femmes, ont davantage à reposer sur l'ensemble des significations de soins génériques, afin d'offrir des

services compétents empreints de sensibilité aux besoins des femmes et à partir de leur perspective.

Une appréciation de l'univers de soin de femmes à la période prénatale offre une compréhension renouvelée de la problématique de sous-utilisation des services de soins professionnels à la période prénatale en Tunisie. Ainsi, notre étude s'intéresse à la façon dont des femmes tunisiennes comprennent le soin à la période prénatale afin de susciter une réflexion critique de la pratique professionnelle des sages-femmes de ce pays.

Cette thèse est divisée en cinq parties. Au premier chapitre, les contextes international et tunisien de la sous-utilisation des services de soins professionnels prénatals sont présentés, les concepts de soin générique et de soin professionnel sont par la suite clarifiés, le but ainsi que les questions de recherche sont énoncés. Le chapitre suivant fait état des connaissances sur le soin culturel à la période prénatale, suivi d'une introduction au contexte culturel tunisien et une présentation du cadre de référence théorique qui a guidé cette étude. La méthode de recherche utilisée est discutée au troisième chapitre, suivie des chapitres de l'analyse et présentation des résultats ainsi que de la discussion de ces résultats.

## **PROBLÉMATIQUE**

Dans ce chapitre, le contexte international de l'utilisation des services de soins prénatals est présenté, suivi de son contexte tunisien. Ce phénomène est étudié selon une perspective anthropologique du soin prénatal, soit le soin générique et le soin professionnel en lien avec le contexte tunisien. Une approche Émique versus une approche Étique est ainsi proposée. Pour terminer ce chapitre, le but et les questions de recherche sont énoncés.

## **LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS PRÉNATALS**

Chaque année, dans le monde entier, plus d'un demi-million de femmes meurent des complications d'une grossesse, d'un avortement ou d'un accouchement (Agence Canadienne de Développement International, ACIDI, 1995; Banque Mondiale, 1993). Dans les pays en développement, ces complications constituent une des cinq causes majeures de mortalité chez les femmes entre l'âge de 15 et 45 ans (Ojanuga et Gilbert, 1992). De tous les indicateurs de santé, c'est le taux de mortalité maternelle qui illustre le mieux les inégalités des femmes du Nord et du Sud de la planète, des riches et des pauvres, des instruites et des analphabètes devant l'accès aux services de santé (De Koninck, 1994). La mortalité maternelle réfère à une mortalité de la mère, secondaire à des complications de la grossesse ou de l'accouchement pouvant survenir dans les 42 jours suivant l'accouchement (Laurenti et Buchalla, 1997). La mortalité maternelle constitue une mesure importante de la santé des femmes et de la qualité des services de

santé pendant la grossesse et la période intra et post-partum (O'Rourke, Howard-Grabman et Seoane, 1998; Rosenfield et Maine, 1985). On estime à 1 sur 20 la probabilité pour une femme d'Afrique de décéder des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, alors qu'elle est de 1 pour 10,000 en Europe de l'Ouest et de 1 pour 4,000 en Amérique du Nord (Craft, 1997; Nowalk, 1995; Royston et Armstrong, 1990; Sadik, 1991).

Lors de la conférence internationale "Maternité sans Danger" Safe Motherhood, tenue à Nairobi en 1987, l'OMS lance le défi à tous les gouvernements des pays en développement de diminuer la mortalité maternelle de 50% en une décennie. Bien que cette initiative ait permis de centrer l'attention internationale sur le problème de mortalité maternelle, les stratégies mises de l'avant à ce jour ne sont pas couronnées du succès escompté (Obermeyer, 1993; Royston et Armstrong, 1990).

L'impact réel d'un suivi de soins professionnels à la période prénatale sur la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles fait l'objet de plusieurs débats dans les Écrits (Queenan, 1991; Walsh, Feifer, Measham et Gerder, 1993). Il est vrai que certains facteurs tels que l'âge, la parité et la stature ne peuvent être modifiés. De plus, certaines conditions pathologiques responsables de la mortalité maternelle telles que les maladies hypertensives de la grossesse et les saignements, ne peuvent être diagnostiquées à l'avance. Par contre, lors des consultations précoces de soins prénatals, les professionnels de la santé peuvent dépister les signes et les symptômes de ces conditions et ainsi, assurer un suivi plus adapté.

Plusieurs recherches effectuées dans divers pays en développement démontrent qu'il existe une relation très significativement négative entre l'utilisation des services de soins professionnels prénatals et le taux de mortalité maternelle (American Nurses Association, 1987; Beatrice, 1980; Harrison, 1985; Ion, 1995; Institute for the Protection of Mother and Newborn in Vietnam, 1985; Joyce, Diffenbacher et Greene 1983; Kessel, 1987; Kwast, 1988; Mashini, 1984; Meikle, Orleans, Left, Shain et Gibbs 1995; Ryan, Sweeny et Solola 1980; Sundari, 1992; Stokoe, 1991; Walker, Ashley, McGraw et Bernard, 1986; York, Williams et Hazard, 1993; York, Grant, Gibeau, Beechman et Kessler, 1996).

Plusieurs consultations de soins professionnels prénatals initiées précocement et réparties tout au long de la grossesse contribuent à prévenir les complications qui peuvent survenir à différents stades de la gestation (McCaw-Binns, La Grenade et Ashley, 1995; Rattanporn, 1980; Swenson, Thang, Nhan et Thieu, 1993). C'est pourquoi l'OMS considère qu'un minimum de quatre consultations par grossesse, c'est-à-dire une consultation au premier trimestre, une au deuxième et deux au troisième trimestre, représente un moyen efficace de réduire le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement (Berg, 1995).

Au delà des obstacles financiers, l'Institute of Medicine (1985) relève quatre catégories d'obstacles à l'utilisation des services de soins prénatals : 1) une pénurie de professionnels de la santé compétents pour dispenser les soins prénatals, 2) des services de soins professionnels prénatals insuffisants dans certaines régions, 3) une pénurie de programmes d'informations adaptés sur l'importance des consultations de soins

professionnels prénatals et 4) les expériences, les attitudes et les croyances des femmes à l'égard de la santé et du soin. L'Association des infirmières américaines organisa en 1986 quatre rencontres importantes regroupant des professionnels impliqués dans la prestation des soins prénatals dans diverses régions des États-Unis. De l'analyse des discussions, une catégorie supplémentaire d'obstacles à l'utilisation des services de soins prénatals émerge, à savoir l'incompatibilité des approches des professionnels de la santé avec les croyances et les attentes des femmes (Curry, 1989).

C'est ainsi que van Voeuverden de Groot (1993) affirme qu'il est important de reconnaître l'interaction entre le système de santé d'un pays, les professionnels qui dispensent les soins prénatals et les femmes enceintes. L'organisation des services influence la satisfaction des professionnels et par le fait même la qualité du soin qu'ils dispensent, créant souvent un obstacle réel à l'utilisation des services de soins professionnels prénatals. Les attitudes des professionnels de la santé peuvent détruire la confiance des femmes dans l'importance des soins professionnels à la période prénatale (Sundari, 1992).

De nombreuses recherches effectuées dans divers pays en développement démontrent que la sous-utilisation des services de soins professionnels est attribuable en grande partie à une qualité déficiente de ces services (Abu-Zaid et Dann 1985; Annis, 1981; Kloos, Etea, Degefa, Aga, Solomon, Abera, Abegaz et Belemo, 1987; Sauerborn, Ngoutara et Diesfeld 1989). Selon Bichman, Diesfeld, Agboton, Gbaguidi et Simhäuser (1991), les planificateurs et les responsables des services de soins professionnels sont davantage préoccupés par les dimensions techniques de la qualité et c'est ainsi que les

attitudes des professionnels de la santé, une composante de qualité importante pour la population, ne sont pas prises en considération. La sous-utilisation des services de soins professionnels est souvent associée à une perception négative des femmes en regard des professionnels de la santé à qui l'on reproche un manque de sensibilité, une attention insuffisante, une forme de malhonnêteté et même des attitudes hautaines et parfois irrespectueuses envers les utilisateurs et utilisatrices de ces services (Bichman et al., 1991; Bruce, 1990; Zwart et Woorhoeve 1990). Même si les professionnels de la santé sont originaires de la région où ils exercent, on relève très souvent des difficultés à s'intégrer à la population locale très attachée aux coutumes et croyances traditionnelles (Haddad et Fournier, 1995).

Dans les pays occidentaux, les variables démographiques les plus significatives de la sous-utilisation des services de soins prénatals sont l'âge de la mère, la parité, l'éducation de la mère, le revenu familial, le statut matrimonial de la mère et l'ethnie (Augustyn et Maiman, 1994; Goldenberg, Patterson et Freese, 1992). Les mères âgées de moins de 20 ans et au delà de 35 ans fréquentent moins les services offerts (McDonald et Coburn, 1988; Young, McMahon, Bowman et Thompson, 1989). Des études démontrent que les mères, multipares de quatre grossesses ou plus, sont moins assidues aux visites de soins professionnels prénatals (Sable, Stockbauer, Schrann et Land, 1990; St-Clair, Smeriglio, Alexander, Connell et Niebyl, 1990). Looney (1985) et McDonald et Coburn (1988) soutiennent que plus le niveau d'instruction de la mère est bas, moins elle fréquente les services de soins prénatals. Deux études réalisées dans les îles britanniques démontrent que le chômage des conjoints est associé à une sous-utilisation

des services de soins prénatals (Kaliszer et Kidd, 1981; McKinlay et McKinlay, 1972). Selon McDonald et Coburn (1988), le revenu familial est une variable majeure de prédiction de l'utilisation des services de soins professionnels. Les femmes mariées enceintes recherchent plus des soins professionnels de qualité (McCormick, Brooks-Gunn, Shorter, Holmes, Wallace et Heagarty, 1988). Des femmes de communautés ethniques différentes n'utilisent pas les services de soins prénatals selon la même fréquence. Cette différence origine le plus souvent de l'écart existant entre les conceptions de la mission des services de soins véhiculées par les professionnels de la santé et celles véhiculées par les femmes utilisatrices de ces services (Greenberg, 1983; Kugler et Connell, 1990; Sable et al. 1990). Le phénomène de sous-utilisation des services de soins professionnels prénatals dans les pays en développement est plus complexe, très mal connu et ses causes varient d'un pays à un autre (Ojanuga et Gilbert, 1992; Okafor, 1991; Wong, Popkin, Guilky et Akin, 1987).

#### **LE CONTEXTE TUNISIEN DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS PRÉNATALS**

La Tunisie, un pays musulman de la région du Nord du Maghreb avec une population de 9,156,000 habitants, est considérée comme une société arabe moderne (Obermeyer, 1993). Pour une population féminine de 4,346,422, le taux de natalité est de 25,2 pour 1,000 naissances (Ben Abdennebi Abderrahim, 1997). Le taux global de fécondité, soit le nombre de naissances par rapport au nombre de femmes en âge de

procréer, varie de 79,5 à 109,9 par région pour 1000 femmes en âge de procréer (Centre de Recherches, d'études, de Documentation et d'Information sur la femme, CREDIF, 1997), (voir tableau I). Le niveau de fertilité de ce pays est assez élevé, 48 % des femmes tunisiennes ont quatre enfants ou plus, 27 % des femmes ont eu leur premier enfant avant l'âge de 19 ans.

Le CREDIF (1996) et le Fond des Nations unies pour l'enfance (UNICEF, 1996) considèrent trop élevé le taux de mortalité maternelle de 170 pour 100,000 naissances, compte tenu des infrastructures existantes dans ce pays, de l'existence d'une bonne politique de prévention des grossesses à risque, de l'amélioration des conditions de l'accouchement et du meilleur programme de planification des naissances de toutes les régions du Maghreb. Selon le CREDIF (1996) et le Pan Arab Project for Child Development (1995) ces statistiques sont davantage des indicateurs de la persistance d'inégalités entre les milieux rural et urbain en Tunisie.

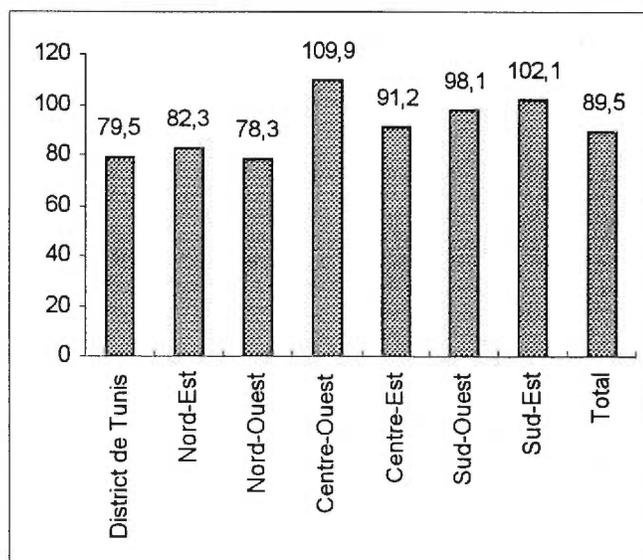
En 1989, le nombre de consultations prénatales enregistrées pour l'ensemble de la Tunisie était en moyenne de 1,12 par grossesse. Selon Njah, Marzouki, Hamdi et Hadj Fredj (1993), près d'une femme sur quatre ne consulte pas à la période prénatale et ce phénomène est plus marqué dans les régions rurales du Nord-Ouest, Centre-Ouest et du Sud.

Selon Njah et al. (1993) et Obermeyer (1993), il existe en Tunisie un centre de santé offrant des consultations de soins professionnels prénatals à moins d'une heure d'utilisation d'un mode de transport local même dans les régions les plus défavorisées.

Tableau I

## TAUX GLOBAL DE FÉCONDITÉ PAR RÉGION POUR MILLE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

*Source : Institut National de Statistiques. Projection de la population.*



*Niveau régional vol. 2, 1995/2015. Tunis, Juillet 1996*

Le Programme National Tunisien de Périnatalité prévoit un minimum de quatre consultations de soins professionnels par grossesse tel que recommandé par l'OMS, moyennant un ticket modérateur de 500 millimes dans les Centres de santé de base et d'un dinard à l'hôpital.

Ben Romdhane (1994) reconnaît qu'en dépit de l'importance accordée aux programmes d'information qui visent la promotion des services de soins prénatals, de la gratuité de ces services et des efforts de mise à jour de la compétence des sages-femmes responsables de ces services, les femmes tunisiennes de façon générale les fréquentent peu ou pas.

La fréquence d'un suivi prénatal adéquat de soins professionnels est plutôt faible chez les femmes tunisiennes multipares, âgées de 25 ans ou plus, qui ont peu ou pas d'éducation, qui ne travaillent pas et dont le mari n'est pas un cadre moyen ou supérieur (Naja et al.1992; Obermeyer 1993; Rhomdhani,1987; Soltani, Bchir, Souissi et Brahim,1993). Les résultats de l'enquête effectuée par le Ministère de la santé publique (1989 a ) démontrent que le cinquième des femmes seulement consultent dans un but d'éviter les complications. Cinquante-trois pour cent des femmes consultent, soit pour confirmer leur grossesse, soit pour connaître la date prévue de l'accouchement. Une femme sur deux ne voit aucun intérêt à consulter régulièrement pendant la grossesse. De cette étude, une donnée importante émerge, à savoir que les femmes qui accordent le plus d'importance à la qualité de l'accueil offert par les professionnels de la santé, consultent peu ou pas à la période prénatale. Ces femmes évoquent le plus souvent des expériences antérieures négatives vécues avec les sages-femmes.

Lors d'une enquête nationale sur la qualité des services de soins professionnels, El Amouri et Abdelmajid (1994) ont mis à jour l'insatisfaction des femmes tunisiennes en ce qui a trait aux services professionnels offerts à la période prénatale. Les aspects le plus souvent revendiqués sont la sécurité, le respect de la dignité et de la diversité ainsi qu'une approche centrée sur la famille et la promotion de la santé.

Selon Njah et al. (1993), il existe un problème réel de sous-utilisation des services de soins professionnels prénatals en Tunisie et la recherche doit s'intéresser davantage à mieux comprendre les attentes des femmes enceintes afin de leur offrir un soin professionnel empreint de sensibilité à l'égard de leurs besoins.

## LE SOIN PRÉNATAL

Madeleine Leininger fut la première infirmière anthropologue à étudier les significations de soin selon une perspective transculturelle et à insister sur son importance dans le développement et l'évolution des sociétés. Leininger (1997) définit le soin comme étant des gestes d'assistance, de facilitation, de soutien et de renforcement orientés vers des individus ou des groupes manifestant des besoins réels ou anticipés d'amélioration de leur santé (p. 38). Le soin inclut l'attention apportée aux besoins essentiels tels que la nourriture, l'eau, le nécessaire pour cuire les aliments, le maintien d'un environnement propre et sanitaire (World Health Organization, 1992). Selon Saillant (1996), le soin représente l'ensemble complexe de gestes et de savoirs spécialisés ou pas, basés sur des valeurs susceptibles de favoriser le soutien, l'aide et l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps-esprit. Notre étude s'appuie sur l'ensemble de ces définitions.

Dans le cadre de cette étude, les expressions de soin réfèrent aux pratiques, aux rituels, aux modes, aux discours ainsi qu'aux symboles de soin. Les significations de soin réfèrent plutôt au sens qui découle des expressions manifestées (Leininger, 1991). Saillant (1996) soutient que les expressions de soin sont porteuses de significations qui ne sont pas inscrites à leur surface. Ces significations échappent le plus souvent à la conscience des personnes en se présentant comme des systèmes complexes de signes qu'il importe de décrypter en apprenant à découvrir leur dimension symbolique telle qu'elle se présente pour des personnes. Pour mieux reconstituer leur origine, leur logique sous-jacente, leur

cohérence et leur efficacité, les expressions de soin se doivent d'être replacées dans leur contexte culturel et historique (Richardson, 1994; Saillant, 1991).

Selon une perspective anthropologique, on distingue le soin générique et le soin professionnel (Leininger, 1991).

### **Le soin prénatal générique**

Le soin générique fait appel à des savoirs et à des habiletés associés le plus souvent au genre féminin, appris culturellement et transmis de génération en génération. Le soin générique constitue le premier niveau de savoir et souvent les seules pratiques de santé disponibles pour la majorité des communautés du monde (Saillant, 1996). Ce savoir dit populaire prend sa source dans la foi, la mythologie, l'intuition, les révélations et les traditions (Massé, 1995). Le soin générique, d'orientation humaniste, existe dans le contexte de la famille (Morgan, 1994). Il englobe l'utilisation de la médecine traditionnelle et souvent l'aide du tradipraticien (Leininger, 1995). L'expertise reliée au soin générique se révèle très étendue et surtout mieux connue dans toutes les expériences de santé en lien avec la vie reproductive telles que la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, les soins aux jeunes enfants, les menstruations, la ménopause (Saillant, 1991). Affonso, Mayberry, Graham, Shibuya et Kummimoto (1992) soutiennent que plusieurs groupes ethniques considèrent que le soin générique à la période prénatale permet à la femme de maintenir un équilibre émotif et d'assurer ainsi son bien-être personnel, celui de sa famille et de sa communauté. Les valeurs culturelles et sociales à la base des expressions de soins génériques visent à promouvoir des relations interpersonnelles positives entre la femme enceinte et les personnes qui lui sont

significatives. Selon Leininger (1985), les soins génériques tissent la vie quotidienne et ce faisant, maintiennent le bien-être et préviennent la maladie. À ce jour, aucune recherche connue n'existe sur le soin générique à la période prénatale en Tunisie.

### **Le soin prénatal professionnel**

Le soin professionnel, plus récent dans l'histoire de l'humanité, s'acquiert par le biais d'une formation reconnue officiellement par le système d'éducation d'un pays. Le soin professionnel, d'orientation scientifique, fait l'objet d'apprentissages formels et informels mettant l'accent sur des connaissances, des attitudes, des comportements et des habiletés techniques. Le soin professionnel s'exerce dans un contexte le plus souvent étranger à la personne soit à l'hôpital, soit dans les centres de santé ou les maternités. Selon Leininger (1991), les valeurs de la culture organisationnelle médicale, dominante dans les services de santé, sont à la base des soins professionnels offerts.

Selon Goldenberg et al. (1992) et York et al. (1993), au-delà des variables sociodémographiques associées à la sous-utilisation des services de soins professionnels prénatals dans les pays en développement, les chercheurs ont intérêt à investir dans la compréhension de la trajectoire de soin des femmes à la période prénatale, trajectoire qui n'est pas unidirectionnelle. Les femmes utilisent à la fois le soin générique et les services de soins professionnels. Une étude ethnographique, effectuée au Maroc par Obermeyer (1993), révèle que les femmes enceintes évoquent plusieurs raisons pour expliquer leur choix : la disponibilité d'un moyen de transport, la présence d'une personne significative, une expérience antérieure avec un professionnel de la santé ou un tradipraticien. Selon Obermeyer (1993), la compréhension des principes qui sous-tendent ce pattern éclectique

de soin à la période prénatale est nécessaire afin d'augmenter l'utilisation des services de soins professionnels.

Plusieurs études sociologiques démontrent que même si les professionnels de la santé et les utilisatrices des services de soins partagent des intérêts, des valeurs, ainsi que des modes d'action, chaque groupe évolue dans l'univers socioculturel auquel il appartient (Bourret et Huard 1990; Lave, 1991). Les professionnels de la santé reçoivent une formation qui ignore le plus souvent les aspects culturels du soin et c'est ainsi que les services offerts prennent peu en considération les croyances de la clientèle (Dowling, 1987; Felice, Shragg, James et Hollingsworth 1987; Kinsman et Slap, 1992; Lia-Hoagberg, Rode et Skovholt, 1990; Rogers et Schiff, 1996; Scribner et Dwyer, 1989). Pour ces auteurs, les différences culturelles qui existent entre les professionnels de la santé et les femmes ont souvent plus d'influence sur leur santé que les facteurs biologiques, créant ainsi un véritable obstacle à l'utilisation des services de soins professionnels.

Selon des perspectives infirmière et anthropologique, un modèle de pratique de soins professionnels de qualité qui favorise la santé des populations s'appuie sur les expressions et les significations de soins génériques, en tenant compte de la société et de l'environnement auxquelles appartiennent les femmes et les professionnels de la santé en tant que personnes et en tant que groupes (Johnson, 1990; Leininger, 1988, 1996; Massé, 1995; Saillant, 1996).

Selon Leininger (1991), les professionnels de la santé qui prennent possession du savoir traditionnel des personnes soignées contribuent à la préservation de leur culture.

### **Le soin prénatal professionnel en Tunisie**

En Tunisie, pour des raisons socioculturelles, les sages-femmes représentent la pierre angulaire de l'organisation des soins professionnels maternels et infantiles. Au milieu des années 1970, dans un souci de rehausser la qualité des soins, les autorités tunisiennes ont élevé les exigences de formation des sages-femmes au niveau universitaire. Comme dans la plupart des pays, la formation disciplinaire des professionnels de la santé tunisiens est avant tout influencée par le courant positiviste et certaines valeurs sont ainsi investies telles la rationalité scientifique, l'expertise technique et le contrôle (Saillant, 1996). Les professionnels de la santé tunisiens mettent davantage l'accent sur les besoins physiques et psychologiques des personnes vivant des expériences de santé le plus souvent considérées comme des états pathologiques auxquels l'expertise médicale répond à l'aide d'interventions techniques (Lazure, 1993). Dans ce contexte, la construction de savoirs par les principales intéressées a été peu valorisée. En effet, dans le domaine de la santé, les femmes tunisiennes prennent peu la parole. C'est sans elles que sont choisis les moyens pour les informer et planifiés les soins à leur offrir (Chater, 1992).

### **L'articulation du soin générique et du soin professionnel**

Leininger (1970), à l'origine de la légitimation du soin générique, soutient que les savoirs et les gestes entourant ce domaine font partie des assises de la science du soin. Pour les professionnels de soin, un accompagnement de qualité s'appuie sur le savoir et les expressions de soins génériques issus de la communauté et prenant sens à travers elle (Massé, 1995).

Une recherche sur le soin générique et le soin professionnel du point de vue de femmes de la région du Sud de la Tunisie à la période prénatale permet de révéler l'existence d'un savoir et d'une expertise jusque là minimisés.

À l'instar de Leininger (1991), Collière (1996) soutient que le soin est un phénomène culturel. Selon Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990), les dynamiques à la base des phénomènes culturels ne sont accessibles qu'à travers "des traces ou des signes" qui n'en dévoilent qu'une partie. La signification que des personnes attribuent à leurs expériences de santé orientent leurs expressions et leurs significations de soin. Il existe donc une continuité entre la manière dont des femmes construisent leurs expériences de santé et les soins qu'elles se donnent et recherchent pour assurer leur bien-être, en d'autres mots entre les systèmes de "signes, de sens et d'actions".

Cette perspective socioculturelle permet donc de replacer le soin à la période prénatale dans un contexte plus large en privilégiant l'analyse des liens entre les systèmes sémiologiques et interprétatifs et les expressions de soin de femmes tunisiennes. Ainsi les significations données par des femmes tunisiennes à la grossesse et à l'accouchement influencent directement les expressions de soins dont les professionnels de la santé doivent tenir compte dans l'organisation des services de soin prénatal. Les dimensions socioculturelles de la région du Sud de la Tunisie influencent ainsi l'utilisation par des femmes de cette région, des services de soins professionnels à la période prénatale et par le fait même leurs réactions aux soins reçus.

## UNE APPROCHE ÉMIQUE VERSUS UNE APPROCHE ÉTIQUE

Les chercheurs qui s'intéressent à la santé des femmes nous invitent à être à l'écoute des discours que tiennent les femmes elles-mêmes sur le soin. On oppose une approche de recherche dite " émique " (emic) à une approche dite " étique " (etic). Créés par le linguiste Pike (1954), à partir d'une contraction des termes " phonémique " et " phonétique ", les concepts " émique " et " étique " ont pris une importance cruciale d'abord en anthropologie. Par la suite, plusieurs définitions ont été données à ces concepts par des scientifiques de plusieurs disciplines. Dans le cadre de cette étude, nous retenons les définitions de Lett (1990).

*“ Les construits émiques sont des récits, des descriptions et des analyses exprimés dans les schèmes conceptuels considérés comme significatifs et appropriés par les membres partageant une culture ”*

*“ Les construits étiques sont des récits, des descriptions et des analyses exprimés dans les schèmes conceptuels considérés comme significatifs et appropriés par la communauté des observateurs scientifiques ” (p.130).*

Pour être " émique ", une approche doit respecter les principes et les valeurs des ses acteurs et n'a de sens que dans leur cadre culturel. Appréhendée de l'intérieur, la connaissance produite doit faire consensus dans le groupe à l'étude. Une approche dite " étique " est appréhendée de l'extérieur et la connaissance produite doit être logique, objective et indépendante de l'observateur.

Cette étude vise donc à comprendre, avec des femmes de la région du Sud de la Tunisie, la perspective émique du soin générique et du soin professionnel. La philosophie féministe qui place des femmes au centre de la démarche, le souci de

reconnaître des femmes comme étant à la fois sujets et objets de la recherche et de servir la cause de ces dernières est inhérent à tout le processus.

#### **BUT DE LA RECHERCHE**

Le but de cette recherche est de décrire et d'analyser les expressions et les significations de soins génériques et de soins professionnels à la période prénatale de femmes de la région du sud de la Tunisie dans les contextes social et culturel urbain et rural.

#### **QUESTIONS DE RECHERCHE**

Les questions qui guident cette recherche sur les soins génériques et les soins professionnels à la période prénatale auprès de femmes de la région du sud de la Tunisie sont :

1. Quelles sont les expressions et les significations de soins génériques à la période prénatale de femmes de milieux urbain et rural de la région du sud de la Tunisie?
2. Quelles sont les expressions et les significations de soins professionnels à la période prénatale telles que perçues par des femmes de milieux urbain et rural de la région du sud de la Tunisie?

3. Comment des femmes de milieux urbain et rural de la région du sud de la Tunisie, à la période prénatale, articulent-elles les expressions et les significations de soins génériques et les expressions et les significations de soins professionnels?

**RECENSION DES ÉCRITS ET  
CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE**

Le présent chapitre se divise en trois sections. Une synthèse des recherches s'intéressant au soin culturel à la période prénatale est présentée à la première partie. Par la suite, une brève introduction du contexte culturel tunisien permet de mieux ancrer la présente recherche. Enfin, un cadre de référence théorique est proposé à la dernière partie de ce chapitre.

### LE SOIN CULTUREL À LA PÉRIODE PRÉNATALE

Plusieurs chercheurs se sont interrogés sur le soin culturel comme espace de savoirs et de pratiques qui contribue à enrichir les bases épistémologiques et philosophiques de la science du soin. Toutefois, il n'existe aucune recherche touchant les expressions et les significations de soin de femmes tunisiennes à la période prénatale.

Leininger fut la première infirmière anthropologue à étudier les significations de soin selon une perspective transculturelle. De 1960 à 1990, l'étude de 54 groupes culturels différents a contribué au développement de sa théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels (Leininger, 1991). Des chercheurs de différentes disciplines ont été guidés par la théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels dans la compréhension des dimensions de la culture qui influencent les expressions et les significations de soin à la période prénatale.

Aux États-Unis, des chercheuses infirmières se sont intéressées à comprendre les expressions et les significations de soins à la période prénatale de femmes immigrantes de

diverses origines ethniques, principalement des femmes de communautés amérindiennes Muckleshoot, africaines, mexicaines ainsi qu'européennes, tant de l'Est que de l'Ouest.

Horn (1978), une infirmière anthropologue, s'est intéressée aux significations de soins génériques de femmes enceintes de diverses communautés Muckleshoot. Les significations de soins qui ont émergé de cette étude ethnographique sont : le confort, le soutien, l'assistance pour le faire-face (coping), la compassion, l'empathie, l'allègement du stress, la surveillance, l'éducation à la santé et le maintien de la santé. Plusieurs croyances sont exprimées comme la peur de perdre le bébé si trop d'importance est accordée à la préparation de l'accouchement, de même que la croyance que les esprits des ancêtres du bébé influencent la santé de la mère pendant la grossesse.

Dougherty (1978) a étudié le soin dans l'expérience de la grossesse chez des femmes américaines d'origine africaine vivant dans un contexte rural. L'auteure soutient que ces jeunes femmes insistent sur l'importance de partager leur expérience avec des femmes plus âgées qui ont déjà eu des enfants. Ce partage permet de créer des liens qui facilitent le processus de la grossesse et de la naissance. En continuité avec la recherche de Dougherty (1978), Flaherty (1988) s'est intéressée aux significations de soins génériques dispensées à la période prénatale par des grand-mères américaines d'origine africaine. Le soin vise à gérer l'expérience de la mère, à la nourrir (nurturing), à évaluer ses besoins, à lui enseigner et à superviser les membres plus jeunes de la famille.

Toujours auprès de femmes d'origine africaine, en 1994, Morgan a réalisé une étude comparative touchant les soins génériques à la période prénatale de femmes vivant dans un contexte rural et de femmes vivant dans un contexte urbain. Les thèmes universels de

soins touchent les concepts de protection, de présence, de partage et de spiritualité. Toutefois, l'auteure insiste sur l'importance pour les professionnels de la santé de tenir compte de la grande diversité qui existe au niveau de la priorité accordée à chacune de ces significations de soins dans l'expérience de santé prénatale de ces femmes. À titre d'exemple, les femmes de milieu urbain insistent sur les soins de protection tandis que les femmes de milieu rural accordent plus d'importance au soutien offert par la famille élargie.

Kay (1979, 1982), une infirmière anthropologue, a effectué une étude ethnographique auprès de femmes d'origine mexicaine vivant en Arizona. Les expressions de soins génériques à la période prénatale touchent principalement le choix de la nourriture selon la théorie du chaud et du froid ainsi que la restriction de certaines activités physiques. Khazoyan et Anderson (1994) ont effectué des entrevues semi-structurées auprès de dix femmes américaines d'origine mexicaine afin de mieux comprendre les attentes de ces femmes concernant la nature du soutien que leur partenaire pourrait leur offrir à la période prénatale et à l'accouchement. Les significations de soins suivantes émergent de l'analyse de ces données, soit estar conmigo/ la présence au chevet, hablar conmigo/ la communication et la démonstration de leur amour. Quelques années plus tard, toujours auprès de femmes d'origine mexicaine, Berry (1996) a dégagé trois thèmes reflétant les significations de soins génériques à la période prénatale : 1) la protection de la mère et du bébé enseignée par des femmes plus âgées et influencée par la religion et les croyances familiales, 2) une

obligation de partager et “d’être avec” la mère enceinte, 3) le respect des rôles de soignants dans la famille selon l’âge et le genre.

Des femmes américaines d'origine européenne ont aussi partagé leur expérience de soin à la période prénatale. De l'analyse d'histoires de vie et de données ethnographiques obtenues de femmes ukrainiennes, Bohay (1991) a dégagé l'importance de la présence, du soutien et de l'implication psychologique du partenaire comme significations de soins génériques à la période prénatale. Selon l'approche phénoménologique de Colaizzi, Finn (1994) a tenté de dégager les expressions de soins génériques et de soins professionnels pendant le travail et l'accouchement auprès de femmes américaines d'origine européenne et auprès d'infirmières travaillant en salle d'accouchement. Le soin générique exprimé par les femmes consiste en des approches plus personnalisées de nurturing tandis que le soin professionnel, dispensé par des infirmières, se traduit par des approches qui découlent de connaissances cognitives et scientifiques ainsi que de techniques spécifiques.

Aux États-Unis, la pratique des sages-femmes traditionnelles ou matrones a intéressé plusieurs chercheuses infirmières (Kroska, 1985; Reeb, 1992; Simpson, 1978). Ces sages-femmes disent recevoir un appel de Dieu pour exercer leur travail, elles sont par le fait même guidées et protégées. Plusieurs sages-femmes soutiennent qu'elles détiennent ce savoir de leurs aïeules. Ces études démontrent l'importance pour ces sages-femmes d'utiliser une combinaison d'approches traditionnelles et professionnelles ainsi que le mother wit, défini comme un sens commun, une intuition de mère.

Des recherches infirmières auprès de personnes partageant la même appartenance religieuse ont permis de comprendre l'influence de cette dimension culturelle sur les expressions et les significations de soin à la période prénatale. Morgan (1992), s'est intéressée à des femmes Hare Krishnas. Dans la philosophie hindouiste à la base des croyances Krishnas, les enfants sont perçus comme étant la conscience renouvelée de Krishna. C'est pourquoi les femmes de ces communautés accordent beaucoup d'importance à la qualité d'un suivi prénatal professionnel hautement spécialisé. Luna (1989, 1994) a dégagé neuf significations de soins génériques données par des membres de communautés arabes musulmanes vivant à Détroit, 1) la responsabilité de procurer les soins et le soutien à la famille, 2) l'intimité et le respect pour la pratique des rituels religieux, 3) le respect et la protection de la différence culturelle des rôles liés au genre, 4) la reconnaissance des tabous et normes religieux, 5) la reconnaissance de l'honneur qui accompagne l'obligation, 6) l'aide à la préservation des valeurs culturelles, 7) l'obligation et la responsabilité de visiter les malades, 8) l'observance des règles du Coran et 9) l'aide aux enfants et personnes âgées malades. Ces significations de soins génériques sont importantes à considérer à la période prénatale. À titre d'exemple, les hommes sont exclus de l'expérience de la grossesse et ne peuvent pas être présents lors de l'accouchement afin de respecter les obligations liées à leur rôle de protection. Même si des différences culturelles existent au sein des groupes arabes musulmans, les résultats des recherches de Luna constituent des points de référence importants pour la présente étude auprès de femmes du sud de la Tunisie.

Diverses recherches enrichissent notre compréhension de la diversité culturelle de l'univers de soin à la période prénatale et lors de l'accouchement. Jordan (1992) s'est intéressée au processus biosocial de la naissance au sein de quatre groupes ethniques différents. Une comparaison transculturelle a été établie entre l'accouchement traditionnel dans un petit village Mayan, en Hollande où seulement une proportion de femmes accouchent à la maison, en Suède où toutes les femmes accouchent à l'hôpital et aux États-Unis où, historiquement, la naissance est perçue comme un acte médical. Jourdan soutient que dans les milieux où la technologie est hautement valorisée, il existe la présence d'un savoir qui fait autorité, authoritative knowledge, savoir partagé par les professionnels de la santé. Ce savoir est considéré “ *légitime, important, officiel, digne et approprié pour justifier les actes posés* ” (p.152). Ce savoir contraste avec les significations de la naissance, données par les femmes de la plupart des pays du monde : un processus normal, faisant partie de la vie familiale, un accomplissement personnel. Jourdan soutient que ce savoir autoritaire qui prend appui sur la technologie, constitue un pouvoir qui doit être remis en question. Les professionnels de la santé sont invités à manifester un plus grand respect des expressions de soins génériques et des méthodes d'accouchement traditionnel.

Gielegam (1988) s'est intéressée au phénomène de la couvade auprès d'hommes de diverses communautés asiatiques et africaines. La couvade est une coutume où les hommes adoptent certains comportements ou présentent même des symptômes lors de la grossesse de leur femme. En effet, dans certaines sociétés, le mari s'abstient de faire certaines activités et prend même le lit. Elle a démontré que ce phénomène est une

participation symbolique des pères au développement de l'enfant et à sa naissance et constitue en quelque sorte un soin générique qualifié de "protecteur".

De façon générale, il est démontré que le soin à cette période de vie est en lien avec les traditions issues des croyances familiales et locales, de l'histoire et de la culture. Des significations de soins similaires sont identifiés dans différents contextes culturels tels que la présence et le soutien des membres de la famille. Quant aux expressions de soins, une diversité importante existe entre les différentes communautés étudiées. Ces études visent à une meilleure articulation des soins professionnels sur le savoir relié aux soins génériques afin de favoriser un accompagnement de qualité à la période prénatale. De ce fait, elles contribuent de façon éloquent à enrichir la science infirmière.

#### LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL TUNISIEN

Pour situer de façon générale le contexte socioculturel tunisien, nous présentons des connaissances étiques en lien avec l'organisation politico-administrative, l'éducation, la condition féminine, la langue, la religion, les liens sociaux et familiaux.

##### **L'organisation politico-administrative**

La Tunisie est une république unitaire de type présidentiel. Le président cumule les rôles de chef de l'État et de chef de gouvernement. Premier responsable aux plans administratif, politique et militaire, il élabore la politique générale de l'État, nomme les ministres, dispose du pouvoir de légiférer par décrets en dehors des sessions parlementaires. Toute l'organisation administrative tunisienne est fortement centralisée et hiérarchisée (Bessis, 1990). Bien que toute discrimination en ce qui concerne

l'exercice de fonctions administratives soit supprimée depuis 1959, aucune femme n'a été nommée gouverneur ou secrétaire générale de gouvernorat jusqu'à maintenant.

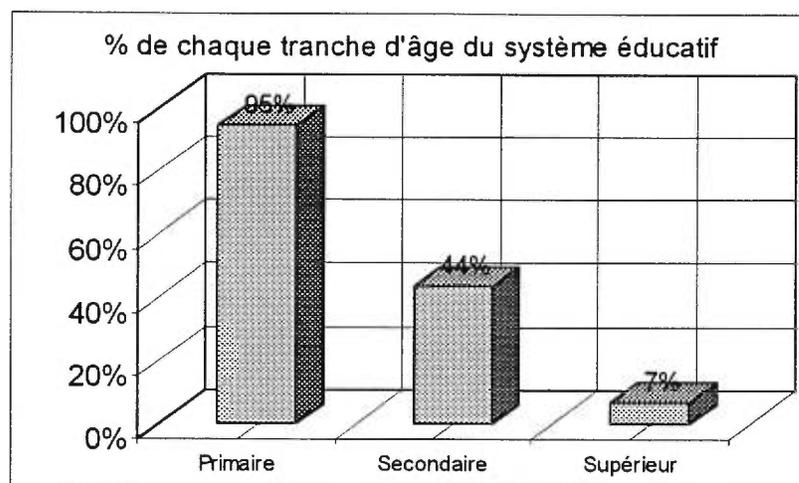
### **L'éducation**

Le développement de l'enseignement a été l'un des grands objectifs de la Tunisie indépendante. À partir de 1960, plus du cinquième du budget total est consacré à l'Éducation Nationale. La Tunisie est l'un des pays du monde qui consacre la part la plus élevée de ses ressources à l'enseignement et à la formation soit 23,8 % de son budget (Institut National Tunisien de Statistique, INST, 1994). Dans un premier temps, l'enseignement primaire a été privilégié et le nombre d'élèves ainsi que le taux de scolarisation se sont accrus de manière spectaculaire : un taux de scolarisation inférieur à 30 % en 1957 est passé à un taux supérieur à 86,2 % en 1994 (INST, 1994). Toutefois, il existe une double inégalité : entre les villes et les campagnes (81% vs 69%) et entre garçons et filles (84% vs 66%). Comme le souligne Bessis (1990), même si les inégalités sont à la baisse, *“vaut mieux naître garçon à Tunis que fillette dans les Hautes Steppes”* (p.23). Les écarts entre les zones rurales et les zones urbaines quant à la scolarisation féminine sont marquants. Selon Lasta (1997), les filles rurales abandonnent plus tôt que les garçons et même plus tôt que les filles des zones urbaines (voir tableau II).

L'enseignement secondaire et supérieur a connu également un développement spectaculaire, mais il fut un peu plus tardif, à partir du début des années 1970. Seul un tiers des candidats se présentant aux examens du baccalauréat réussissent; un personnel enseignant moins bien formé dans plusieurs régions éloignées des grands centres en est

souvent la cause. Comme dans tous les pays de culture traditionnelle où les besoins de la communauté sont prioritaires, le choix de carrière se fait par concours. La compétition

**Tableau II**  
**LE SYSTÈME ÉDUCATIF EN TUNISIE**



est donc très grande et très peu de jeunes sont admis dans les disciplines de leur choix.

### **La condition féminine**

Avec un statut politique et juridique des plus révolutionnaires dans le monde arabo-musulman, l'émancipation de la femme tunisienne est incontestablement l'un des acquis majeurs de la Tunisie suite à son indépendance (1956).

L'élément moteur en a été la promulgation en août 1956, par le premier président Habib Bourguiba, du code du statut personnel qui accorde aux femmes tunisiennes des droits qui font l'envie de femmes dans d'autres pays arabes et musulmans. Le code du statut personnel a notamment supprimé la répudiation remplacée par le divorce judiciaire par consentement mutuel. La polygamie est désormais considérée comme un délit

sanctionné par des amendes et des peines d'emprisonnement. Le mariage de la fille impubère et le mariage forcé sont proscrits. La vente des produits anticonceptionnels est libre depuis le début des années 60 et il est reconnu de nos jours à toute mère dont la santé est menacée par la grossesse, de recourir à l'avortement en toute légalité.

Au plan politique, les Tunisiennes sont des citoyennes à part entière et la constitution consacre l'égalité entre l'homme et la femme en accordant à celle-ci le droit d'élire et d'être élue. L'intégrisme ébranle les pouvoirs politiques partout au Maghreb et, sous prétexte religieux, ce mouvement prône une idéologie fortement patriarcale que toute innovation en matière de statut féminin semble hasardeuse. Déterminées à faire échouer la menace intégriste qui pèse sur le code du statut personnel, des femmes tunisiennes s'activent aujourd'hui dans le cadre de plusieurs associations politiques et professionnelles dont la plus prestigieuse est l'Union Nationale des Femmes Tunisiennes (UNFT), qui a géré le mouvement féminin depuis l'indépendance et à laquelle l'Organisation des Nations Unies (l'ONU), a décerné en 1978 son prix des Droits de l'homme.

### **La langue et la religion**

Un des fondements de la personnalité tunisienne est le " noyau arabo-islamique " (Ghorbal, 1980). En effet, un " lien organique " existe entre l'Islam et la culture arabe. Même si l'arabe est la langue officielle et que le français fait office de langue seconde, la Tunisie, tout comme le reste des pays du Maghreb, n'est pas totalement arabisée. Loin des centres urbains et touristiques, dans les petits villages à l'intérieur des terres, il n'est pas rare de trouver des gens qui parlent des dialectes parfois d'origine berbère. La

langue arabe a permis la conservation des valeurs tunisiennes de par son invariabilité. En effet, le Coran, écrit en arabe, est la référence absolue; la langue arabe garde donc une dimension métaphysique et religieuse.

Sans vouloir présenter tous les aspects de la réalité couverte par la religion musulmane, quelques principes nous aident à comprendre certaines attitudes face à des événements de la vie. Comme la religion islamique est monothéiste, il est un péché grave d'associer d'autres dieux à Allah. Islam, étymologiquement, vient du verbe aslama qui signifie se confier, se donner, se soumettre librement. C'est ainsi que, selon Ghorbal (1980), la vision du monde de la plupart des tunisiens est ancrée dans l'Islam.

Pour les musulmans, le Coran, le livre saint, est l'autorité en matière de parole de Dieu : " Le Coran est la parole actualisée de Dieu transmise par l'Ange de la Prophétie, Gabriel, au prophète Mahomet qui lui-même l'a transmise au peuple " (Ghorbal, 1980). Mahomet n'est donc pas une divinité mais un messenger de Dieu, un prophète.

L'Islam est une attitude particulière de l'être humain face à Dieu et de ce fait, il se situe hors du temps et de l'espace. Ce don de soi a pour corollaire la notion de paix qui se trouve dans le mot Islam. Le mot Salem en effet, est issu de la même racine que le mot Islam : Salama . Il recouvre à la fois les notions de paix, de salut et de délivrance. C'est le signe d'une harmonie totale s'instaurant entre Dieu et l'homme. Ceci s'exprime dans le principe central de la vision du monde des musulmans : le concept du Tawhid , une unité transcendantale de l'être, Al Islam din At Tawhid , religion de l'unité.

Le Tawhid est le thème central de toutes les élaborations juridiques et dogmatiques. Le Coran précise aux musulmans les comportements à adopter pour vivre

selon le précepte du Tawhid (Ghorbal, 1980). Cette notion de Tawhid marque l'aspect totalisant et globalisant de tout acte. Il existe donc une différence fondamentale avec la civilisation occidentale chrétienne très souvent citée par les musulmans et qui préconise la séparation entre le spirituel et le temporel, entre l'État et l'Église, entre le corps et l'âme, entre l'esprit et le corps.

Les cinq piliers de l'Islam sont toujours présentés dans le même ordre et forment la conduite que chaque musulman doit suivre pour espérer gagner le paradis le jour du jugement dernier; la profession de foi ou shaada, la prière quotidienne, le jeûne du ramadan, l'aumône légale et le pèlerinage à la Mecque.

En Tunisie, la loi islamique appelée shari'a n'est pas appliquée mais influence la pensée et les comportements des gens. La shari'a s'appuie sur le Coran, sur les récits appelés hadith, les paroles du prophète Mahomet transmis oralement par ses compagnons ainsi que sur sa biographie, la sunna. Les tunisiens appartiennent à 80% à la secte sunnite majoritaire de l'Islam. Dans cette secte, il n'existe pas de clergé organisé de façon hiérarchique, ni d'autorité qui dispense une interprétation unique de la foi. Cette décentralisation se manifeste par l'existence de plusieurs écoles de lois qui suivent différents codes.

En ce qui concerne le statut des femmes dans la religion musulmane, la doctrine islamique est ambivalente. D'une part, certains textes sacrés insistent sur l'égalité devant Dieu de tous les croyants. D'autre part, une différence entre les droits et les devoirs des hommes et des femmes dans la société est affirmée dans d'autres textes. Cette ambiguïté rend le processus d'interprétation crucial car, selon les circonstances, ces textes peuvent

être utilisés pour justifier des visions très différentes de la position des femmes dans la société. À titre d'exemple, une interprétation littérale de certains versets du Coran justifie le rôle subordonné des femmes par leur infériorité physique, intellectuelle et émotive. Par contre, des réformateurs, à différentes périodes de l'histoire, ont toujours soutenu que ces positions inégalitaires de l'Islam reflètent davantage le contexte historique de cette religion et devraient être interprétées à la lumière de la réalité contemporaine (Ahmed, 1986; Mernissi, 1985). C'est pourquoi, des différences significatives sont observées entre divers pays de religion musulmane et même, à l'intérieur d'un même pays. Selon Obermeyer (1994), l'importance des traditions est à la base de ces différences.

### **Les liens familiaux et sociaux**

Le principe Tawhid se retrouve dans d'autres notions qui engagent et conditionnent la vie communautaire. Ce sont les notions d'Umma, communauté musulmane et Ijma, critère de validité juridique ou l'accord unanime dans l'Umma. L'Ijma apparaît comme l'expression d'une communauté préservée de l'erreur et du mal, cette communauté étant, en vertu du texte Coranique, définie comme foncièrement bonne et ainsi, il est dit que ce que les musulmans tiennent pour étant bon, est bon aux yeux de Dieu.

Si la société arabo-musulmane tunisienne est communautaire, elle n'est pas pour autant égalitaire. La famille, à l'image du reste de la société, implique des rôles et des tâches définis qui engendrent une différenciation dans les devoirs mais aussi dans les droits. Selon le Coran, le mari doit subvenir aux besoins de sa femme et de ses enfants.

Il détient toute la responsabilité de procurer la réalité matérielle. En revanche, la vie interne de la famille incombe exclusivement à l'épouse. L'éducation des enfants est au premier rang de ses tâches. La loi de la mère ne doit jamais être transgressée sous peine d'être exclu de la communauté sur terre comme au paradis.

Ces caractéristiques socioculturelles démontrent qu'il ne fait aucun doute que la Tunisie est l'un des pays en développement qui a su le mieux améliorer les conditions de vie de sa population depuis 20 ans. Même si la Tunisie présente les meilleurs indicateurs de santé des pays en développement, il existe un écart important au niveau de la mortalité maternelle.

#### **LE CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE**

Le cadre de référence choisi permet de construire une interprétation du soin prénatal qui a comme point de départ l'expérience de femmes, dans le contexte socioculturel de la région du sud de la Tunisie. Cette interprétation devrait contribuer à orienter un changement en termes de stratégies d'offre de services de soins professionnels sensibles aux besoins de ces femmes et ajustés à leur perspective. Le cadre de référence théorique de cette étude intègre les concepts de "contexte culturel", de "culture", de "soin culturel" et de "rapports sociaux de genre.

##### **Le concept de contexte culturel**

Mishler (1979) souligne l'importance du contexte culturel pour comprendre la signification d'un phénomène associé au comportement humain. Les actions, les symboles, les événements et la communication prennent des significations différentes

selon l'ensemble des circonstances du moment. Il soutient d'ailleurs que le contexte est une unité dialectique créée par l'acteur dans une situation : “ *Le contexte n'est pas indépendant de l'acteur, signification et contexte sont produits simultanément par l'acteur* ” (p.15). En sciences infirmières, Leininger fut la première à reconnaître l'importance du contexte culturel pour comprendre les comportements de santé. Selon Leininger (1988), le contexte culturel réfère à la totalité d'une situation particulière, d'un événement ou d'un mode de vie désigné qui donne la signification à un phénomène vécu par des personnes. La totalité de la situation est influencée par les valeurs inhérentes à la culture, les symboles, le langage, les expressions, la structure sociale, l'environnement physique ainsi que par d'autres dimensions connues et reconnues dans cette situation. C'est ainsi que les multiples dimensions du contexte culturel viennent nuancer la compréhension du soin à la période prénatale.

### **Le concept de culture**

Les études culturelles, cultural studies se définissent comme étant une autre génération de la sociologie, une discipline en soi qui s'intéresse à la condition socioculturelle actuelle (Pertti Alasuutari, 1995, p.25). L'école de Birmingham, à l'origine des études culturelles, définit le concept culture comme une “ subjectivité collective ” qui consiste en un système de savoir et des modèles d'interprétation propres à des gens (Willis, 1978). En ce sens, le concept de culture est plus ou moins synonyme du concept “ habitus ” présenté par Bourdieu (1979, 1980) et Bourdieu et Wacquant (1992). Le concept “ habitus ” est défini comme des dispositions à agir qui découlent de ces systèmes de savoir et de sens inscrits dans le corps.

La perspective anthropologique médicale contemporaine comprend la culture comme un produit historique en renégociation constante et qui fournit à un ensemble humain des références communes reliées au corps, à la santé et à la maladie (Lock et Scheper-Hughes, 1996; Massé 1995).

Les infirmières Andrews (1995), Purnell et Paulanka (1998) définissent le concept “culture ” comme étant la construction sociale dynamique des patterns de comportements, des croyances, des valeurs, des modes de vie, des coutumes qui guide la vision du monde, les processus de pensée et les modes de décisions d'un groupe de personnes en lien avec le soin et la santé. Selon Burns McGrath (1998), reconnaître la nature fluide des valeurs et des croyances culturelles à la base des expériences de soin permet de porter attention aux multiples forces impliquées dans leur négociation.

Leininger (1970, 1976, 1978, 1991) fut la première infirmière anthropologue à définir et expliciter la pertinence de relier les concepts de culture et de soin afin de générer de nouvelles connaissances en sciences infirmières. La théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels est une synthèse de ces deux concepts majeurs (Leininger, 1988, 1991).

### **Le concept de soin culturel**

Par une formulation créatrice de concepts spécifiques et de thèmes qui tirent leur origine d'une synthèse judicieuse de l'anthropologie, de la sociologie et des sciences infirmières, Leininger a développé, au cours des ans, la théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels. Des relations entre des concepts et des énoncés quant à la nature universelle et diversifiée du soin sont spécifiées en vue de décisions et

d'actions professionnelles consistantes avec les valeurs culturelles des personnes à qui les soins sont dispensés.

Pour les fins de cette étude, quatre postulats sont retenus de la théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels de Leininger (1991) :

1) Les expressions, les significations, les patterns et les processus de soins de personnes qui vivent des expériences de santé sont à la fois différents (diversité) et similaires (universalité) au sein d'un même groupe culturel.

2) Les expressions et les significations de soin de personnes qui vivent des expériences de santé découlent de leur vision du monde, des différentes dimensions de la structure sociale, de leurs valeurs culturelles et de leur contexte environnemental. Ces connaissances sont essentielles aux infirmières pour offrir des soins professionnels plus sensibles aux besoins de ces personnes .

3) Le soin professionnel est un phénomène transculturel qui requiert une connaissance des différents milieux culturels afin de l'adapter aux différents modes de vie et à la structure sociale spécifique au contexte environnemental des personnes qui vivent des expériences de santé.

4) Le soin professionnel et le soin générique sont présents dans différentes cultures mais ils diffèrent par leur contenu et leur expression selon les différents contextes culturels des personnes qui vivent des expériences de santé

À l'instar de la théorie de Leininger (1991,1993,1996), Maynard (1994) soutient que l'on doit chercher à comprendre comment l'unité et la différence s'expriment et s'articulent dans la vie des femmes, plutôt que de centrer l'attention sur les expériences

communes des femmes. Selon Saillant (1996), les expressions et les significations de soin varient selon les milieux socioculturels et socio-économiques et les influences que ces milieux ont subies suite aux transformations de la société. C'est ainsi que, dans le cadre de notre étude, deux contextes culturels tunisiens sont étudiés, un contexte urbain et un contexte rural, afin d'offrir une meilleure compréhension de l'univers des soins prénatals de femmes du sud de la Tunisie.

La reproduction graphique connue sous le nom de modèle Sunrise, dérivée de la théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels de Leininger (1991), met en lumière la vision gestaltiste des composantes majeures et inter-reliées qui aident à générer des données sur les différences et les similitudes des soins culturels (voir figure 1). La partie supérieure du demi-cercle présente la vision du monde qui influence le soin et la santé intimement liés au langage et à l'environnement. La vision du monde fait appel à la manière dont les femmes regardent l'univers et se font une image de leur vie et de l'importance de leurs valeurs. La vision du monde qui prévaut dans une culture est, par exemple, à la base des conceptions et des convictions concernant les expériences de santé (Leininger, 1988). Les composantes de la structure sociale sont les dimensions suivantes: la technologie, la religion, la famille et les liens sociaux, les valeurs culturelles, la politique et les lois, l'économie et l'éducation. Les composantes de la structure sociale sont dynamiques et tendent à changer en fonction de l'époque, il importe donc d'être au fait de données ethno-historiques afin de comprendre leur influence sur le phénomène étudié (Leininger, 1991). Les flèches du modèle Sunrise sont des indicateurs d'influence possibles et non l'indice de relations causales. Les décisions et les actions des

professionnels de la santé peuvent promouvoir la santé des femmes, de leur famille et des communautés selon trois modes : 1) le maintien et la préservation de soins culturels, 2) l'accommodation et la négociation de soins culturels et, 3) la restructuration de soins culturels.

La théorie des soins culturels de Leininger (1991) offre une meilleure compréhension des significations de soin partagées par un groupe. Toutefois, à l'instar de Bruni (1988), Allen (1996) met en garde les chercheurs des difficultés conceptuelles et épistémologiques liées à un cadre théorique culturel. Les analyses faites à la lumière de ces cadres ont tendance à être stéréotypées en décrivant des caractéristiques culturelles comme étant fixes et homogènes. De plus, les descriptions sont généralement élaborées en fonction de normes occidentales implicites et selon différentes perspectives épistémologiques qui sont le plus souvent occultées (Chandler, Davidson et Harootunian, 1994).

C'est ainsi que Rorty (1979) soutient que ces descriptions, de nature comparative et biaisée, sous-tendent que la connaissance culturelle constitue "une réalité extérieure" observable.

Consciente de ces difficultés, nous avons adopté une approche de recherche qui s'associe à une "*construction négociée de la connaissance*" telle que suggérée par Levy (1994). Ainsi, plusieurs personnes furent impliquées dans le processus de recherche.

## Le modèle "Sunrise"

Leininger (1991)

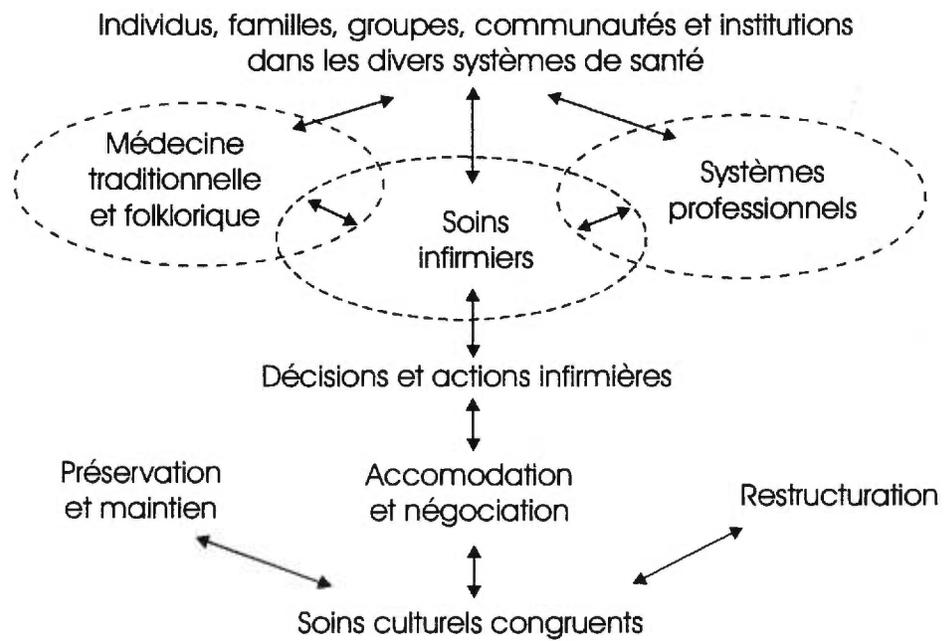
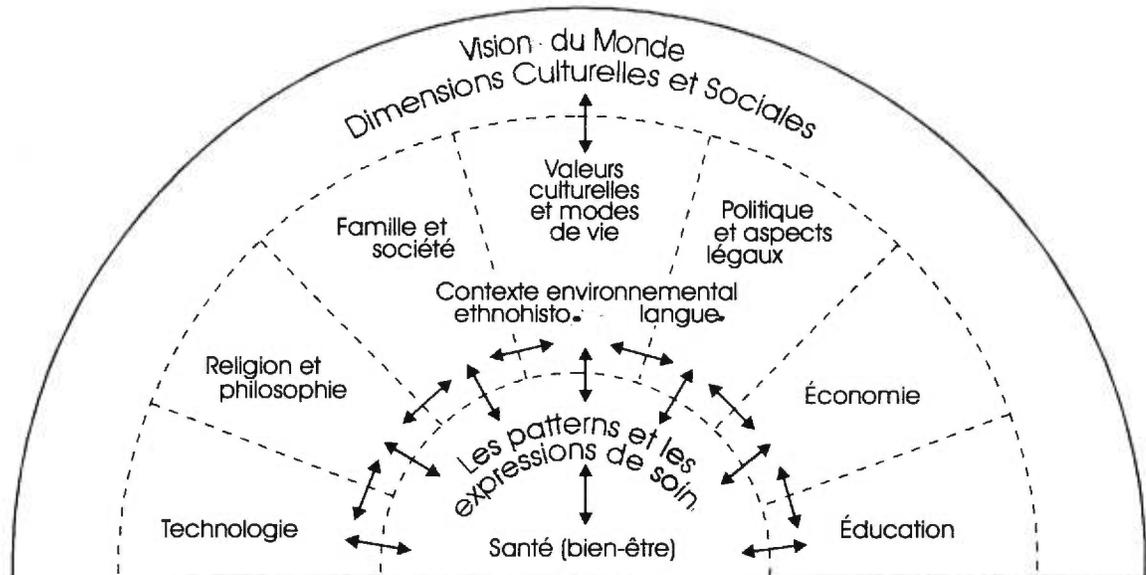


Figure 1. Le modèle « Sunrise » Leininger (1991).

Ces personnes ont pu discuter et ainsi négocier l'interprétation faite des significations et des expressions de soins génériques et de soins professionnels de femmes tunisiennes à la période prénatale. Cette perspective épistémologique nous a permis d'éviter de participer à une forme " *d'appropriation colonialiste* " (Allen, 1996). Par ce processus de négociation, à la base de notre stratégie de recherche, nos normes occidentales furent sans cesse remises en question.

À l'instar d'Allen (1996), de Mason (1984) et de Williams (1996), nous croyons que les concepts de culture et de genre sont indissociables des expériences de santé des femmes de tous les milieux et que ni l'un ni l'autre ne représente une force plus déterminante. Chacun de ces concepts offre une stratégie analytique qui illumine certains aspects des expériences et masque certains autres aspects. Différentes situations font appel à différentes perspectives. Tout comme Burns Mc Grath (1998), nous conceptualisons la culture comme une toile de fond qui façonne ces autres aspects, comme une lentille qui permet de mieux les comprendre. Ainsi, la culture et le genre influencent à la fois l'expérience de soin prénatal et sa construction.

### **Les rapports sociaux de genre**

Le choix des perspectives féministe et de développement pour étudier les rapports sociaux de genre ne peut qu'enrichir la perspective culturelle de Leininger (1991). Ces perspectives contribuent à l'élaboration d'un corpus de connaissances sur le soin de femmes tunisiennes en lien avec leurs conditions de vie pendant la grossesse.

### **Perspective féministe**

Plusieurs auteures telles que Mohanty (1991) et Reinharz (1992) refusent de définir le féminisme, compte tenu de l'existence d'une grande diversité de courants de pensée. Dagenais (1987), Descarries-Bélanger et Roy (1988) démontrent qu'il existe actuellement une certaine unanimité parmi les féministes en ce qui a trait aux tendances et origines diverses en le définissant comme un mouvement social à plusieurs voix dont l'objectif est la compréhension des rapports sociaux de genre qui sont oppressifs pour les femmes, en vue d'une transformation en profondeur de l'ordre patriarcal.

Sur la base de cette définition, la recherche féministe en sciences infirmières est issue de ce mouvement et nourrie par lui. On peut la définir comme une analyse politique et engagée faite par des femmes, pour des femmes, des facteurs qui influencent le soin lors des différentes expériences de santé, en tenant compte des rapports sociaux de genre (Connellé, 1987; Duffy, 1985; Gordon, 1991; Growe, 1991; Hagedorn, 1995; Parker et McFarlane, 1991).

Selon Morgen (1989), le genre est une identité subjective construite à partir des valeurs culturelles et des structures sociales, marquée par des symboles et un discours à une époque donnée. Le genre constitue le scénario qui inspire la façon dont la femme se perçoit, se définit, prend soin d'elle et de ses proches et aussi la façon dont les autres la perçoivent et déterminent sa place dans la société (Conway, Bourque et Scott, 1987; Mackie, 1987). Les féministes analysent les rapports sociaux de genre en tant que rapports de pouvoir qui fonctionnent au profit des hommes et qui traversent toutes les dimensions de la vie (Mathieu, 1985).

La perspective féministe propose donc que l'on tienne compte de la complexité des rapports humains tels que construits dans le contexte culturel. C'est ainsi que, dans le cadre de notre étude, nous nous intéressons à l'influence de la socialisation de femmes tunisiennes sur leurs expressions et significations de soin à la période prénatale. Tabet (1985) soutient que toutes les activités de reproduction sont inextricablement liées à celles de la production dans l'organisation de la vie quotidienne des femmes et qu'elles constituent " *le terrain de base des rapports sociaux de genre* ". En plus de s'intéresser au processus de socialisation de femmes tunisiennes, nous tenterons de comprendre les liens " production et reproduction " en portant attention à l'influence des différentes sphères d'activités du travail des femmes sur le soin qu'elles se donnent à la période prénatale.

### *La socialisation*

Divers agents de socialisation tels que la famille, l'école, les médias et l'environnement culturel agissent de manière à ce que les personnes des deux sexes développent et intériorisent les qualités et les habiletés nécessaires pour l'exercice de leur rôle spécifique, propre à leur milieu (Dunnigan, 1992; O'Brien, 1987; West et Zimmerman, 1991). Discuter de la socialisation, c'est se situer dans le domaine de la reproduction idéologique. En effet, la socialisation a pour théâtre le domaine de l'interaction sociale par la transmission ou non de savoirs, celui de l'interaction symbolique à travers le langage comme la gestuelle, les attitudes, sans oublier le domaine des fonctions biologiques (Edholm, Harris et Young, 1982).

Dans le contexte d'une étude sur les significations de soin qui tient compte de l'influence des rapports sociaux de genre, la socialisation se définit comme un processus par lequel une personne biologiquement définie comme un homme ou comme une femme devient un homme ou une femme socialement. Il s'agit de la construction sociale de l'identité de genre (West et Zimmerman, 1991).

La socialisation est un long processus qui a pour effet de situer les hommes et les femmes dans la division sociale du travail (West et Zimmerman, 1991). Mead (1935, 1949) fut la première à aborder la division du travail fondée sur des rôles sociaux de genre. Son exemple classique concerne la pratique de l'activité agricole en Europe Occidentale et en Amérique du Nord, associée au domaine masculin, alors qu'elle relève du domaine féminin en Afrique et en Asie. La division du travail selon le genre est donc l'objet d'un aménagement à l'intérieur de chaque culture.

Perreault (1985) soutient que le processus de socialisation est continu au cours de la vie. Ce processus de socialisation / resocialisation agit comme instrument de contrôle pour des personnes qui détiennent le pouvoir. C'est pourquoi, dans les endroits où la domination masculine est historiquement constituée, la socialisation contribue à maintenir la subordination des femmes en tant que catégorie sociale marquée par le sexe (West et Zimmerman, 1991).

La socialisation constitue le processus fondamental sur lequel s'appuie non seulement la reproduction idéologique de la société mais aussi la reproduction sociale (Cahill, 1986; West et Zimmerman, 1991). En effet, la socialisation n'est pas seulement un processus qui hiérarchise les personnes selon le sexe, mais un processus sur lequel

repose la reproduction de l'ensemble des classes sociales. En s'appuyant sur une telle conceptualisation de la socialisation, il importe de préciser que la catégorie “ femme ” ne peut pas être une catégorie homogène, des divisions de toutes sortes existent, de génération, d'intérêts personnels, de classe, de couleur et de culture (Labrecque, 1991). Les circonstances dans lesquelles vivent les unes et les autres conditionnent leurs expressions de soins (Anderson, 1991). La prise en compte des processus de socialisation impose de s'éloigner d'un mode d'analyse linéaire qui, selon Williams (1996), tend à subordonner les expériences des différents groupes de femmes et à créer ainsi une hiérarchie dans les expériences et les connaissances.

### *Les liens reproduction-production*

Depuis la révolution industrielle, les activités de production marchande et de reproduction humaine ont été progressivement séparées en des temps et des lieux distincts: la sphère dite “ publique ” et la sphère dite “ privée ”. C'est ainsi que les activités de la sphère publique, rémunérées et fortement masculines, ont été socialement valorisées au détriment des activités de la sphère privée, féminines et de plus en plus dépendantes du marché (Vandelac, Belisle, Gauthier et Pinard 1985). Cette dichotomie “ public-privé ” a ainsi servi à sous-évaluer le travail effectué par les femmes au bénéfice de leur famille et de leur foyer.

Les fonctions biologiques des femmes sont venues progressivement s'ajouter comme argument à la division sexuelle du travail dans l'élaboration de l'identité de genre et teinter de façon particulière leurs activités dans la vie quotidienne (Gordon, 1991; Labrecque, 1991).

Les activités de reproduction existent sur la base d'une division sexuelle du travail et demeurent en bonne partie invisibles (Chabaud-Rychter, Fougeyrollas-Schwebel et Sonthonnax, 1985). Toutes les tâches associées au maternage, l'assistance-socialisation des enfants, l'assistance aux membres de la famille dépendants, la préparation des repas ainsi que l'ensemble du travail ménager, font partie du contexte de la production domestique (Saillant, 1991; Vandelac et al. 1985). De plus, au niveau des tâches d'éducation, les femmes sont aussi responsables de transmettre les valeurs, les attitudes, les bonnes habitudes en lien avec la santé apportant ainsi une contribution informelle à la production de la santé. Toutes ces activités de production domestique s'ajoutent au quotidien des femmes et ne peuvent qu'influencer le soin qu'elles se donnent au cours de la période prénatale (Saillant, 1991).

Dagenais (1988) propose une définition de la reproduction qui évite une réduction implicite à ses dimensions biologiques. La reproduction est un processus qui intègre à la fois, la dimension biologique, c'est-à-dire le travail du corps, la dépense d'énergie tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement; les activités matérielles, mentales et affectives qui en découlent pour les femmes avant même la naissance, compte tenu des représentations et de la division sexuelle du travail dans l'ensemble des sociétés ; ainsi que les dimensions idéologiques en termes de valeurs, de normes et d'attentes, en ce qu'elles affectent l'expérience et les représentations des femmes et des couples. Analysée sous cet angle, la reproduction est une question centrale dans la vie de toutes les femmes et permet de comprendre pourquoi elle demeure un enjeu majeur des rapports sociaux de genre.

Dagenais et Piché (1994) soutiennent que la reproduction constitue, aux plans théoriques et méthodologiques, le lieu où s'expriment le plus clairement et au quotidien les enjeux politiques dont les femmes sont l'objet dans leurs rapports avec les hommes et avec l'État et cela, dans toutes les sociétés. La reproduction constitue donc le lieu par excellence d'observation du pouvoir dans ses manifestations les plus privées, les moins bien connues. C'est aussi le domaine où doivent être dirigés en priorité les efforts pour augmenter le pouvoir individuel et collectif des femmes en matière de santé, empowerment (Dagenais, 1988; Thomas, 1995).

Analyser les liens entre les activités de production et de reproduction et leur influence sur le soin prénatal contribue à remettre en question l'essentialisme et le naturalisme de nombreuses analyses où les activités liées à la reproduction vont de soi pour les femmes. La production de la vie humaine est alors considérée comme une activité de travail, autant physique qu'intellectuel, contrôlée par des normes qui découlent des rapports sociaux encadrant la maternité. De plus, prendre en compte les activités des femmes dans toutes les sphères de leur vie permet de faire sortir le concept de production du champ de la " production marchande " dans lequel il a été longtemps enfermé.

### **Perspective de développement**

L'éthique féministe alerte les chercheurs du danger de l'impérialisme intellectuel si les concepts ne sont pas adaptés aux divers contextes (Narayan, 1989). La perspective de développement nous invite à pousser notre réflexion sur la pertinence d'étudier les significations de soin à la période prénatale avec des femmes dans leur contexte de vie.

Le développement est le plus souvent compris dans le sens de progrès et évoque ainsi l'idée de changement, de modification d'un état jugé non souhaitable vers une situation meilleure (Goulet, 1976). Plusieurs critiques adressées aux projets élaborés dans divers pays en développement concernent la rupture dans le processus de reproduction sociale alors que ceux-ci pourraient construire parfois sur des acquis (Champagne, 1991). Inciter au changement et agir supposent un rapport de pouvoir souvent exercé en créant une rupture avec la culture (Couillard, 1994).

Dans le domaine de la santé des femmes de pays en développement, on a souvent oublié que les femmes ont leurs propres expertises en matière de soin et l'imposition d'un modèle culturel donné semble alors justifiée par l'inexistence d'un modèle traditionnel reconnu. On peut constater que l'organisation des services de santé offerts aux femmes de ces pays est calquée sur un modèle occidental de développement. Par exemple, en Tunisie, l'importance accrue accordée aux dimensions techniques, aux interventions de fine pointe, faisant appel à du personnel médical très spécialisé constitue la marque de progrès mesuré à partir de critères majoritairement quantitatifs (Lazure, 1993). À l'instar de Gendron et Beauregard (1985) et de Saillant (1991), plusieurs critiques faites des systèmes de santé occidentaux démontrent qu'en ignorant les expertises disponibles, ce type de développement a engendré une dévalorisation du soin et très souvent une diminution de sa qualité, créant ainsi un véritable obstacle à l'utilisation des services de soins professionnels.

Les féministes se rallient à la définition de Young (1987) qui décrit le développement comme un processus complexe impliquant l'amélioration sociale,

économique, politique et culturelle des individus et de la société elle-même. Les chercheuses féministes vont ainsi au delà des conceptions étroites du politique et de l'économique qui régissent le champ du développement. Elles rappellent l'importance des référents culturels et idéologiques qui sont à comprendre comme des systèmes dynamiques ouverts à des influences internes et externes qui les transforment et les situent historiquement (Couillard, 1994).

Les recherches et les projets de développement ont été majoritairement influencés par les perspectives théoriques “ Intégration des femmes au développement ” et la perspective “ Femmes et développement ”. Ces perspectives reposent sur l'acceptation des structures sociales existantes et évitent ainsi la confrontation en mettant l'accent sur la participation égale des femmes et des hommes à l'éducation, à l'emploi et aux autres sphères de la société (Bouchard, 1991; Maguire, 1984; Mbilinyi, 1984). L'accent a été principalement mis sur les aspects productifs du travail des femmes, minimisant ainsi l'importance de la reproduction dans la vie de celles-ci (Stamp, 1990).

De plus en plus, on privilégie la perspective théorique “Genre et développement ”. Sous cette perspective, la distinction entre la sphère privée et la sphère publique est abolie et ainsi les variables classe, genre et ethnie sont conjuguées dans l'analyse de l'oppression (Bouchard, 1991; Descarries-Bélangier et Roy, 1988 ; Harding et Merill, 1983; Harding 1993). Dans le domaine de la santé, la perspective “ Genre et développement ” s'intéresse à l'influence sur les comportements de santé de la construction sociale des genres et des classes, de l'attribution de rôles, de la socialisation

des femmes et des hommes aux responsabilités et aux attentes spécifiques dans les pays en développement (Combes, Daune-Richard et Devreux, 1991; Mathieu, 1991).

La perspective “ Genre et Développement ” ne porte pas exclusivement sur les aspects productifs en lien avec la santé mais tente plutôt de les lier aux rapports de reproduction, en tenant compte de toutes les dimensions de la vie des femmes (Jaquette, 1982). Cette perspective analyse la nature de la contribution des femmes au travail productif réalisé à l'intérieur et à l'extérieur du foyer et son influence sur les comportements de santé. L'approche “ Genre et Développement ” offre ainsi une perspective plus systémique, étudiant l'ensemble de l'organisation sociale ainsi que de la vie économique et politique afin de comprendre la formation des aspects particuliers de la société (Young, 1987).

Les recherches conçues dans la perspective “Genre et Développement ” donnent du pouvoir aux femmes. Toute l'étendue de leurs connaissances, de leur expérience et de leurs activités sont reconnues en tenant compte à la fois du travail de production et de reproduction. Une attention particulière est portée à l'oppression des femmes au sein de la famille et pénètre dans le domaine dit “ privé ” pour analyser les prémisses à la base des relations conjugales qui influencent le soin et la santé.

La perspective “ Genre et Développement ” va plus loin que toutes les autres perspectives utilisées par le passé dans les recherches effectuées dans les pays en développement. En effet, elle remet en question certains postulats à la base des structures sociales, économiques et politiques d'un pays et entraîne inévitablement un

réexamen fondamental des structures et des institutions sociales (International Center for Research on Women, 1989).

Notre recherche sur les expressions et les significations de soin de femmes tunisiennes à la période prénatale s'inscrit dans la perspective " Genre et Développement " et partage cette préoccupation pour l'augmentation du pouvoir de femmes tunisiennes, empowerment , et pour la reconnaissance de leur savoir et de leur expérience.

La perspective de développement ne renvoie donc pas à une notion de progrès selon les indicateurs de croissance économique mais bien au développement endogène ou self reliant (Galtung, 1980). Ce type de développement s'inscrit dans des tentatives circonscrites, localisées, et prend l'allure de projet de recherche par et pour une population réceptrice (Goulet, 1976).

Le choix des perspectives féministe et de développement pour étudier les rapports sociaux de genre, ne peut qu'enrichir la perspective culturelle de Leininger (1991). Ces perspectives offrent une meilleure contextualisation de la recherche, à la fois historique, culturelle et sociale. Concrètement ce cadre de référence devrait permettre de :

- \* comprendre l'influence des dimensions de la structure sociale de la région du sud de la Tunisie sur les expressions et les significations de soin de femmes de contexte rural et de contexte urbain à la période prénatale;

- \* dégager les différences et les similitudes qui existent au niveau des expressions et des significations de soin à la période prénatale, de femmes de la région du sud de la Tunisie vivant dans un contexte rural et de femmes vivant dans un contexte urbain;

- \* comprendre comment les dimensions de la structure sociale de la région du sud de la Tunisie interviennent dans la construction sociale des genres et des classes;

- \* porter attention à toutes les caractéristiques qui se nouent entre les hommes et les femmes et autour desquelles s'organise l'ensemble de la société de la région du sud de la Tunisie;

- \* comprendre comment des femmes de la région du sud de la Tunisie réussissent à gérer leur espace et leur temps;

- \* comprendre l'influence des stratégies d'articulation des différentes sphères d'activités de ces femmes sur les expressions et les significations de soin à la période prénatale;

En s'appuyant sur ce cadre de référence, nous énonçons deux propositions théoriques :

- \* les expressions et les significations de soin de femmes de la région du sud de la Tunisie à la période prénatale sont à la fois différentes et similaires en milieu rural et en milieu urbain selon la structure sociale, la position sociale de la femme, les rapports sociaux de genre et de classe ainsi que les rapports production/reproduction;

- \* les expressions et les significations de soins génériques et les expressions et les significations de soins professionnels à la période prénatale telles que perçues par des femmes, forment un tout cohérent avec les valeurs et les croyances culturelles du sud de la Tunisie et se modulent par les rapports sociaux de genre, de classe ainsi que par l'interaction production / reproduction.

Ce cadre de référence invite à une relecture de l'expérience de soin prénatal de femmes tunisiennes faisant ainsi appel à des approches de recherche différentes. C'est pourquoi, au plan méthodologique, les féministes plaident en faveur d'une approche humaniste qui privilégie les échanges orientés vers l'émancipation des actrices concernées. Le prochain chapitre décrit la méthode de recherche qualitative utilisée sur le terrain qui témoigne de la pleine participation des femmes dans la construction des connaissances.

## **MÉTHODE DE RECHERCHE**

Dans ce chapitre, il sera question de l'approche de recherche privilégiée. Les principes féministes, qui sous-tendent notre étude, sont présentés. La démarche concernant le choix des sites retenus pour le travail de terrain, la sélection des informatrices et le déroulement de la collecte des données est décrite. Par la suite, le dossier ethnographique ainsi que le modèle d'analyse et d'interprétation des données sont présentés. Les critères de rigueur, les limites de l'étude, certaines considérations éthiques, les difficultés rencontrées ainsi que les conditions facilitantes sont discutés dans la dernière section de ce chapitre.

#### LES PRINCIPES FÉMINISTES

En accord avec la position épistémologique et ontologique féministe, il est de première importance pour la chercheuse, avant même de présenter la stratégie de recherche privilégiée, de signifier les principes qui guident son étude sur les expressions et significations de soin de femmes tunisiennes à la période prénatale.

La situation des femmes des pays en développement, très différente de celle des femmes des pays favorisés, est prise en considération dans notre approche de recherche. Selon De Koninck (1994), une distance est nécessaire vis à vis les courants traditionnels de pensée occidentale où la préoccupation pour la santé maternelle demeure souvent la seule question de santé concernant les femmes bien qu'elle ne porte que sur une des dimensions de leur vie. Une philosophie féministe qui place les femmes au centre de la démarche, permet de mettre à jour leur rationalité et leur expertise en matière de soin à la période prénatale et de faire connaître leur volonté en matière de santé. C'est

pourquoi, nous faisons appel à une approche qui permet d'inscrire l'expérience de soin de femmes tunisiennes à la période prénatale.

La contextualisation à la fois historique, culturelle et sociale touche non seulement les objets et les données mais aussi le projet de recherche et la chercheuse elle-même. Ainsi, il est important d'expliquer les conditions de réalisation de cette étude et de maintenir une transparence. Le maintien d'une attitude critique à l'égard des savoirs déjà existants ainsi que de toutes les recherches faites à ce jour concernant la santé de femmes tunisiennes, a constitué un principe fondamental. À l'instar de Jansen (1990), le refus de la pseudo-neutralité s'est imposé, c'est ainsi que la relation entre le sujet, l'objet et le projet a toujours été analysée et non niée ou contrôlée. Le souci de reconnaître des femmes tunisiennes comme étant à la fois sujets et objets de la recherche et de servir la cause de ces femmes tunisiennes est inhérent à tout le processus.

Pour faciliter l'application de ces principes, la chercheuse s'est d'abord associée à des chercheurs de l'Institut de Santé Publique de Tunis et du CREDIF dès le début de la conceptualisation de cette recherche. Une fois les sites de Tataouine et de Gabès choisis pour le travail de terrain, les contacts ont été faits auprès des autorités des délégations régionales de l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP), des Écoles de santé, ainsi que des directions des Centres de Santé de Base pour ces régions du sud de la Tunisie. Par la suite, un groupe de travail pour la région de Tataouine et un autre groupe pour la région de Gabès, composés de professionnels de la santé ainsi que de femmes intéressées à nos questions de recherche, furent formés.

## LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Le choix d'une quelconque stratégie de recherche dépend du contexte dans lequel se déroule l'étude et surtout de la nature de la question de recherche et de son but (Morse, 1994). Afin de comprendre le contexte dynamique et la variabilité du soin générique et du soin professionnel de femmes tunisiennes à la période prénatale, l'étude adopte une approche constructiviste, c'est-à-dire qui tient compte de la perception qu'ont les véritables acteurs sociaux de leur réalité et qui considère que ces acteurs sont les seuls capables de construire et de donner une signification à leurs gestes et à leurs actions (Blumer 1969 ; Hodder 1994 ; Poisson 1991 ; Woods, 1983). Selon Levy (1994), l'approche constructiviste de la connaissance émerge d'un processus humain continu de construction et de reconstruction . La connaissance prend ainsi forme à l'intérieur d'une interaction entre les sujets, les objets et les projets.

Chercher à comprendre les expressions et les significations de soins génériques ainsi que les expressions et les significations de soins professionnels telles que perçues par des femmes tunisiennes, amène cette étude à adopter une méthodologie qualitative qui accorde beaucoup d'importance à l'interprétation faite par ces femmes. Cette approche a été utilisée plusieurs chercheurs en ethnographie (Atkinson et Hammersley 1994; Denzin et Lincoln 1994; Emerson, Fretz et Shaw 1995; Marshall et Rossman 1995; Poisson, 1991; Vidich et Lyman 1994; Wolcott, 1994). Une ethnographie est la stratégie la plus adéquate à une recherche qui touche les valeurs, les croyances à la base des pratiques d'un groupe (Morse, 1994 ; Spradley, 1979. 1980). En s'immergeant dans les particularités d'un monde et d'une histoire collective à un moment donné de la

trajectoire de la vie commune d'un groupe, les chercheurs cherchent à dégager le "sens" de ces pratiques et leur logique interne (Jacob, 1987 ; Leininger, 1985 ; Massé 1995 ; Wolcott, 1994 ). Un portrait culturel "holiste", intégrant les différentes visions des acteurs de la recherche (émique) et l'interprétation de ces visions faite par les chercheurs (étique), est recherché (Fetterman, 1989). Par cette approche, l'étude cherche donc à comprendre avec des femmes tunisiennes, dans leur contexte socioculturel, les significations du soin prénatal à la période prénatale.

#### SITES RETENUS

Les autorités tunisiennes nous ont recommandé fortement la région du sud de la Tunisie pour notre étude, en s'appuyant sur les connaissances actuelles de ce milieu. En effet, le maintien des traditions et des coutumes est le plus souvent invoqué comme obstacle à l'accessibilité aux services de soins prénatals (Ben Romdhane, 1995). De plus selon Belhassine (1996), les femmes de cette région partagent le même dialecte ainsi que des croyances et des expressions de soin.

Selon les autorités tunisiennes, les caractéristiques sociales et les indices sanitaires disponibles pour la région du sud de la Tunisie reflètent une moins bonne intégration des femmes au processus de développement (ONFP, 1997). Il existe environ 75 % des mariages qui sont de pratique consanguine liée à l'importance des relations familiales dans les stratégies socio-économiques de cette région. La parité moyenne est égale ou supérieure à six enfants lorsque la moyenne nationale est de 2,87 (CREDIF, 1996) Cinquante-deux pour cent des accouchements ont lieu à domicile et sont assistés d'une

accoucheuse traditionnelle appelée “ matrone ”. Le taux de prévalence contraceptive atteint à peine 30 % quand la moyenne nationale est de 65 % (CREDIF, 1997). C’est pourquoi, l’ONFP qualifie cette région de “ zone d’ombre ” à cause de la résistance que les femmes opposent au programme de planification des naissances. De plus, selon l’ONFP (1997), il existe un taux de 66% d’analphabétisme chez les femmes de cette région. La très grande majorité de ces femmes ont une éducation de niveau primaire. Dans les milieux ruraux de cette région, 10% seulement des ménages disposent de l’eau à domicile (CREDIF, 1996). Les sources d’eau étant très souvent situées à de longues distances des maisons, les femmes consacrent donc plusieurs heures par jour à cette corvée.

C’est ainsi qu’avec l’appui des autorités du ministère de la santé tunisien, nous avons convenu de la pertinence d’effectuer le travail de terrain dans les communautés de Beni M’Hira, de Ksar Aoun ainsi que de Douarat de la région de Tataouine, la communauté de Wali de la région de Gabès pour le contexte rural ainsi que dans la ville de Gabès pour le contexte urbain. Un contexte semi-urbain de la petite ville de Ghannouche s’est ajouté par la suite, à la demande du groupe de travail (voir Annexe I).

#### SÉLECTION DES INFORMATRICES

Les soins génériques et les soins professionnels étant des réalités culturellement et socialement construites, plusieurs personnes des régions de Tataouine et de Gabès ont fait équipe avec la chercheuse pour participer au processus de compréhension et d’interprétation, en quelque sorte au “ cercle herméneutique ”.

Le terme herméneutique est dérivé du grec Hermeneia, qui signifie interprétation et fait référence à la mythologie grecque où Hermès était le dieu responsable d'interpréter les actions et les déclarations des autres dieux dans un langage compréhensible au monde humain (Pascoe, 1996). Le cercle herméneutique est la métaphore qui décrit l'expérience de l'interprétation où à l'instar de Lehoux, Levy et Rodrigue (1995), "*la discussion, la critique, la négociation et la réévaluation*" sont permises. En effet, la notion d'interprétation est fondamentale dans la recherche qualitative et représente le travail majeur des chercheurs qui veulent comprendre les personnes qu'elles étudient (Atkinson & Hammersley, 1994 ; Denzin et Lincoln 1994).

Le but de notre interprétation est de saisir et de dévoiler le sens précis que prend la réalité prénatale pour des femmes du sud de la Tunisie sans nous laisser trop influencer par nos propres idées et sans s'accorder une place plus importante que celle des femmes elles-mêmes au moment d'analyser les données (Hodder, 1994). Néanmoins, l'objectivité dans l'étude des phénomènes humains a un sens différent de celle d'une méthodologie inspirée du paradigme réaliste de la science positiviste. D'ailleurs, selon Miles et Huberman (1994), les chercheurs ne sont pas plus détachés de leur objet d'étude que ne le sont leurs informateurs.

C'est ainsi que des chercheurs, des administratrices, des sages-femmes, des infirmiers, des infirmières, des enseignants, des éducateurs ainsi que des femmes du milieu ont manifesté librement leur désir de constituer un groupe de travail et participer ainsi au cercle herméneutique. Ces personnes ont permis de construire des

interprétations du soin à la période prénatale, à partir des témoignages recueillis auprès de femmes informatrices de cette région et de nos observations.

En ethnographie, le terme “ informatrice ” permet de reconnaître les contributions individuelles des personnes engagées à toutes les phases de la recherche (Johnson, 1990). Selon cette vision, la chercheuse est une apprenante active et les informatrices, les expertes du sujet de l'étude. Ainsi, les femmes sont reconnues comme étant capables de théoriser sur leur expérience de vie (Stanley, 1987, 1991).

Selon Leininger (1991), la sélection des informatrices repose sur une identification par des personnes du milieu, de représentantes de la culture qui acceptent de révéler des données substantielles concernant le domaine d'intérêt. Le niveau de connaissance et d'expérience distingue les informatrices principales et les informatrices générales. Les informatrices de l'étude, recommandées d'abord par les membres des groupes de travail, ont été saisies du but poursuivi ainsi que des questions recherchées au début du processus afin qu'elles puissent se les approprier.

### **Informatrices principales**

Les critères de sélection des informatrices principales, négociés avec les personnes impliquées dans le cercle herméneutique, sont les suivants : des femmes enceintes, des femmes qui ont accouché au cours de la dernière année et des femmes qui ont consulté un service de soins professionnels au cours de la grossesse moins que trois fois. La technique de boule de neige, qui consiste à ajouter à un noyau de femmes celles qui sont en relation avec elles, est utilisée jusqu'à saturation des données (Morse, 1994). Dans le cadre de cette étude, 58 femmes ont participé à la collecte des données comme

informatrices principales : 24 femmes vivant en contexte rural, 19 femmes vivant en contexte urbain et 15 femmes vivant en contexte semi-urbain (voir Tableau III).

### **Informatrices générales**

Les informatrices générales sont des personnes ressources ponctuelles qui sont venues confirmer les patterns émergeant des activités d'observation participante et ont nourri ainsi la discussion par leurs expériences ; des belles soeurs, des belles-mères, des mères, des filles. Dans le cadre de cette étude, 51 femmes ont agi comme informatrices générales : 13 femmes vivant en contexte rural, 33 femmes vivant en contexte urbain et cinq femmes vivant en contexte semi-urbain.

### **Informateurs contextuels**

Plusieurs personnes ont offert des informations pertinentes apportant ainsi une base contextuelle importante à l'étude. C'est pour cette raison que ces personnes sont identifiées sous l'appellation d'informateurs contextuels : sept médecins, quatre sages-femmes, six infirmières et infirmiers, trois animatrices, quatre administrateurs, deux éducateurs, deux matrones, une femme reconnue pour exorciser le mauvais oeil azzama, une chercheure sociologue japonaise terminant un travail de terrain aux sites choisis ainsi qu'une religieuse responsable d'un orphelinat privé.

## **COLLECTE DES DONNÉES**

Le travail de terrain s'est déroulé de janvier 1997 à juillet 1997. D'après De Poy et Gitlin (1993), un principe partagé par les chercheurs dans le domaine des recherches qualitatives est que la collecte des données nécessite une analyse concomitante. En

d'autres termes, il s'agit d'un processus dynamique dans lequel la collecte des données et leur analyse sont reliées de telle sorte que l'une informe l'autre. Ainsi, à travers l'analyse des informations, il est possible d'orienter les techniques de collecte de données à suivre pour compléter les informations déjà obtenues ou les préciser. Le chercheur peut estimer les forces et les limites de chaque technique et décider quelle technique elle utilisera dans telle situation particulière sans se restreindre (Marshall et Rossman 1995; Morse 1994 ). De là, il devient évident de recourir à de nombreuses méthodes de collectes de données (Janesick, 1994 ). Tel est le cas de la présente étude qui a eu recours à des entrevues semi-structurées de groupe et des entrevues individuelles, à l'observation participante ainsi qu'à l'étude de documents, d'artefacts, de remèdes et de recettes. Cette combinaison de techniques de recherche avait pour but de fournir une description riche et d'atteindre une compréhension approfondie du phénomène étudié (Loos Gregory, 1995).

### **Le guide d'exploration**

Un guide d'exploration non directif que nous avons d'abord élaboré en français, a permis de recueillir des informations sur les expressions et les significations de soin culturel à la période prénatale ainsi que des données démographiques et contextuelles (voir Annexe II ). Des questions de type descriptif, des questions semi-structurées, une combinaison de questions ouvertes et fermées ont été privilégiées. Une première traduction de ce guide a été effectuée dans le dialecte arabe du sud tunisien par un professeur de l'École de Santé de Tataouine (voir Annexe III) et traduit à nouveau en français par deux professionnels de l'ONFP de Tataouine. Ce processus a permis de

s'assurer que le sens de toutes les questions ne fut pas modifié en cours de traduction. Le processus de traduction aveugle, blind backtranslation, assure ainsi une certaine connotation idiomatique équivalente entre les deux langages (Werner et Campbell, 1970).

**Tableau III**

**INFORMATRICES**

	Informatrices principales N : 58	Informatrices générales N : 51	Informateurs contextuels N : 31
Contexte rural	24 femmes	13 femmes	4 médecins 2 sages-femmes 2 infirmières 2 infirmiers 2 animatrices 3 administrateurs 2 éducateurs 2 matrones 1 femme qui exerce le mauvais œil <i>azzama</i> 1 chercheur
Contexte urbain	19 femmes	33 femmes	3 médecins 2 sages-femmes 2 infirmières 1 animatrice 1 administrateur 1 religieuse
Contexte semi urbain	15 femmes	5 femmes	

## **Les interprètes**

Selon Berris (1991), un bon interprète est plus qu'un traducteur de mots; une sensibilité aux différences culturelles et sociales est plus importante que le bilinguisme. C'est ainsi que trois animatrices, connues des femmes du milieu, ont accompagné la chercheure dans tous ses déplacements et ont agi comme interprètes culturelles et à l'occasion, comme informatrices contextuelles. Pour le milieu rural, deux animatrices furent recommandées par l' O.N.F.P. de Tataouine. Pour les milieux urbain et semi-urbain, une animatrice fut désignée par la Direction des soins de santé de base de Gabès.

Une formation d'une durée de 16 heures a été dispensée par la chercheure aux animatrices interprètes afin qu'elles puissent s'approprier le but poursuivi et se familiariser avec le guide d'exploration, les techniques d'entrevue privilégiées ainsi que le style d'animation non directif. Pour vérifier la compréhension générale du guide d'entrevue, la chercheure demandait une question en français, une interprète répétait cette question en arabe dialectal et la deuxième interprète répondait en arabe dialectal. La réponse était par la suite traduite en français par une interprète et l'ensemble des traductions évaluées pour leur cohérence. Des jeux de rôle et des discussions ouvertes ont aussi permis d'établir un climat de confiance mutuelle. Pendant cette période de formation, la chercheure a mis à la disposition des interprètes les appareils photo et audio afin qu'elles puissent se familiariser avec leur fonctionnement. Les animatrices interprètes ont réellement endossé un rôle actif et ont fait équipe avec la chercheure, les membres du groupe de travail, les informatrices principales et les informateurs généraux, tout au long de la collecte des données.

## **Les entrevues de groupe**

Les entrevues de groupe font preuve d'une grande utilité pour identifier des attitudes de santé (Heinman-Ratin, Hanson et Peregoy 1985; Keller, Sliepcevich, Lacey et Wright 1987; Mesters, Pierterse et Meertens, 1991; Mullen 1978; O'Brien, 1993). Cette méthode, appelée groupe focus, est une méthode orale qui s'apparente aux palabres africaines, à la différence qu'elle ne recherche pas le consensus mais plutôt l'émergence de toutes les opinions. Cette méthode repose sur le principe que chacune des informatrices est experte. Selon Simard (1994), cette méthode inductive est appropriée pour saisir la parole des femmes et leur permettre d'exprimer et d'analyser leur expérience de vie.

Dans le cadre de cette étude, en milieu rural, les entrevues de groupe se sont déroulées dans les maisons des différents " clans " rencontrés. En milieu rural, l'organisation familiale étant de type patriarcale, un homme, éducateur de l'O.N.F.P., connu des hommes du milieu, nous accompagnait et intervenait auprès du chef du clan afin d'obtenir la permission de rencontrer les femmes, informatrices principales et générales, identifiées au préalable par les animatrices.

Il a fallu faire preuve de jugement et de savoir-faire pour trouver le meilleur climat et le meilleur moment possible pour le déroulement des rencontres. En effet, en milieu rural, il était prévu de commencer le travail de terrain par les entrevues de groupe mais nous avons dû modifier notre stratégie et commencer par l'observation participante afin de gagner la confiance des femmes. En effet, l'organisation traditionnelle des familles de milieu rural confère aux belles-mères le grade de " maîtresses de maison ". Les

autres femmes du clan, les belles-filles servent dans la maison et effectuent la majorité du travail. Ces belles-filles, informatrices principales de notre étude, ne pouvaient donc pas s'exprimer aussi librement en présence des belles-mères qui insistaient pour assister aux entrevues de groupe afin de mieux nous connaître. Une fois la confiance établie, après plusieurs heures d'observation participante, il a été possible d'effectuer des entrevues auprès des belles-filles avec l'approbation des belles-mères et sans leur présence; l'homogénéité du groupe étant ainsi atteinte. Pour trois clans, plusieurs visites à divers moments de la journée furent préférées. À l'occasion, des voisines répondant aux critères de sélection, invitées par les femmes venaient se joindre au groupe. En milieu rural, nous avons rencontré des informatrices principales de cinq clans et procédé à 11 entrevues de groupe d'une durée moyenne d'une heure et demi. De plus, une entrevue d'un groupe composé d'informatrices principales en provenance de divers clans s'est déroulée après une clinique de vaccination qui se tenait à Wali, petite communauté rurale de la région de Tataouine (voir Annexe IV, photos 1, 2, 3).

En milieu urbain et semi-urbain, nous avons suivi les recommandations des autorités de la Direction des soins de santé de base de Gabès pour sélectionner les informatrices. À l'aide du carnet de santé, des femmes répondant aux critères de sélection étaient identifiées par l'animatrice dans les centres de santé publiques. Par la suite, l'animatrice et la chercheuse expliquaient le but de la recherche à ces femmes et obtenaient leur consentement à participer à titre d'informatrice principale. Un rendez-vous était fixé à une date et une heure de leur choix pour procéder à des entrevues de groupe. Ces informatrices ont accepté avec enthousiasme d'identifier d'autres femmes

de leur entourage répondant aux critères de sélection et les ont invitées à se joindre au groupe. Cinq entrevues de groupe d'une durée moyenne de deux heures se sont tenues dans des locaux de divers centres de santé. Ces locaux étaient mis à notre disposition grâce à la généreuse collaboration des administrateurs et des sages-femmes de ces centres de santé de base.

Une disposition en cercle, de façon à ce que chaque femme se sente sur un pied d'égalité et puisse se voir, a favorisé les interactions. Au début des entrevues de groupe, les femmes étaient passives et semblaient inconfortables à parler, utilisant des expressions non-verbales comme le sourire et le hochement de la tête. Graduellement, elles se sont mises à parler, à se soutenir mutuellement tout en exprimant spontanément leur désaccord à l'occasion. Les animatrices interprètes ont adopté dans la mesure du possible un mode d'animation non directif sur le plan du contenu mais directif au niveau de la procédure. En milieu rural, les groupes de femmes se sont avérés plus difficiles à animer. Les animatrices devaient intervenir plus souvent, en posant des sous-questions, afin d'inciter ces femmes à développer l'expression de leur pensée.

De façon générale, le récit d'histoires relatant leurs expériences de soin prénatal s'est révélé la manière la plus acceptable pour les femmes de tous les milieux de partager leurs connaissances, leurs sentiments, leurs inquiétudes ainsi que les enjeux qu'elles identifiaient. Raconter des histoires semble être un mode de communication culturellement sanctionné à l'intérieur de ce groupe.

Seize entrevues sont enregistrées sur des cassettes audio, soit en français, soit en arabe dialectal, selon l'expression du moment. Les femmes n'ont pas exprimé

d'hésitation concernant l'enregistrement des entrevues. Par contre, la qualité des enregistrements effectués en milieu rural est plutôt médiocre, compte tenu du niveau d'activité qui se déroulait dans les familles lors des rencontres qui se tenaient le plus souvent dans la cour intérieure des maisons de la famille ou du clan (voir Annexe IV, photos 4 et 5).

À la suite de chaque entrevue, un résumé des impressions concernant la rencontre était complété par la chercheuse et les animatrices et, à la même occasion, une première traduction en français de l'enregistrement était effectuée. À l'instar de Berris (1991), une interprétation consécutive aux rencontres plutôt que simultanée a donc été privilégiée.

Ces mêmes enregistrements étaient soumis à une deuxième traduction en français par des enseignants des Écoles de Santé de Tataouine et de Gabès. Ainsi une première analyse-synthèse de ces traductions était constituée pour chacune des entrevues enregistrées en arabe dialectal.

Ce processus inductif a permis tout au long de la collecte des données, de confirmer les informations recueillies dans un contexte favorisant une structure égalitaire de communication. Ainsi les principaux messages-clés émis par les informatrices, de même que les points de convergence et de divergence entre les groupes étaient relevés.

### **Les entrevues individuelles**

Des entrevues individuelles non structurées, d'une durée très variable, effectuées auprès d'informatrices générales et de divers informateurs contextuels, ont constitué un

complément aux entrevues de groupe. En effet, des renseignements pertinents quant aux diverses significations de soins génériques et de soins professionnels à la période prénatale, ainsi qu'à la nature et aux conditions de travail des femmes de tous les milieux, furent apportés par diverses personnes impliquées de près ou de loin dans l'expérience de soin prénatal.

### **L'observation participante**

L'observation-participante consiste à recueillir des données de nature descriptive en participant à la vie d'un groupe, d'une organisation (Hammersley et Atkinson 1995; Mayer et Ouellet 1991). Selon Malinowski (1922), une position philosophique importante de l'ethnographe utilisant ce processus est de saisir le point de vue de la personne, sa relation avec la vie, sa vision du monde. Werner et Campbell (1970) mentionnent que la découverte d'une culture est en partie expérientielle et que l'intuition y occupe une place importante. L'observation participante est une stratégie d'écoute et de surveillance centrale à la recherche ethnographique (Spradley, 1980). L'observation participante est, à notre avis, essentielle pour découvrir les significations de soin parce que la communication qui les accompagne est souvent silencieuse.

À l'instar d'Evertson et Green (1986) dans le cadre de cette étude, des contextualisations différentes de l'objet d'étude étaient recherchées, pouvant conduire à la découverte de liens théoriques particuliers. Tour à tour, la chercheure a adopté un rôle de " participante observatrice " et " d'observatrice participante " selon le contexte. Ainsi, la chercheure a participé activement aux activités domestiques qui font partie du quotidien des femmes enceintes, tant en milieu rural qu'en milieu urbain et semi-urbain,

activités telles que le soin des enfants, la préparation des repas, le nettoyage et le lavage des vêtements ainsi que la corvée d'eau et de bois. De même, elle s'est impliquée dans l'entretien et le pâturage des animaux, les activités aux champs telles que la récolte manuelle, le binage et le nettoyage des légumes. À l'occasion, la chercheuse a observé les préparatifs aux fêtes religieuses et à la célébration d'un mariage et a même accompagné des femmes enceintes lors d'une visite pieuse à un saint, Zâwiya, dans un sanctuaire appelé " marabout ". De plus, des rencontres avec une matrone traditionnelle, quabla, ainsi qu'avec une azzama, une femme qui exorcise le mauvais oeil ou les mauvais esprits, les djinn, ont corroboré des croyances partagées par des femmes de ces milieux. La chercheuse a eu l'occasion de co-animer une classe d'alphabétisation destinée à des femmes de la ville de Gabès. Des visites dans divers services de soins professionnels et à une maternité ont permis de mieux comprendre l'univers de soin de femmes à la période prénatale.

Les expériences vécues lors de l'observation participante ont pris la forme de notes écrites. Plusieurs photographies des contextes de travail ont été prises avec la permission des femmes.

À l'instar de Wax (1975), pour alimenter la confiance dans ses relations avec les femmes, la chercheuse a saisi toutes les occasions pour démontrer son intérêt face à leurs besoins et à leur vécu. Ainsi, à plusieurs reprises, la chercheuse a amené des femmes et leur bébé aux cliniques de vaccination et parfois même au marché du village. À leur demande, la chercheuse a soigné des blessures, traité des infections mineures et partagé des connaissances en matière de contraception et d'allaitement ainsi qu'au

niveau de diverses activités de promotion de la santé. À la fin de chaque rencontre, la chercheuse revêtait les habits de fête et les bijoux à la demande des femmes, prenait des photographies avec les enfants de la famille et celles-ci leur étaient offertes lors d'une deuxième rencontre (voir Annexe IV, photos 6 et 7). Selon Bengtson, Grigsby, Corry et Hruby (1977) et Wax (1975), cette réciprocité, essentielle au travail de terrain, permet d'établir une complicité réelle et de faciliter ainsi le partage des expériences.

### LE DOSSIER ETHNOGRAPHIQUE

Le dossier ethnographique est constitué des notes écrites, de l'enregistrement des entrevues, d'un journal de bord, de documents et d'artefacts divers. Le logiciel NUDI\*IST (1994) a été utilisé en partie comme fichier de recherche.

#### **Les notes écrites**

Les expériences vécues lors de l'observation participante ont pris la forme de notes écrites dites " condensées ". La source des données a été identifiée par un code (Spradley, 1980). Les termes utilisés par l'observatrice, les animatrices et ceux utilisés par les informatrices sont soigneusement distingués afin d'éviter l'amalgame des expressions et de protéger le caractère contextuel des significations. Au début, les notes écrites sont de nature plutôt descriptive, certains propos des femmes sont rapportés, on y retrouve un compte rendu exhaustif de la situation observée; la date, le lieu précis, le nom des personnes concernées, les activités, l'heure et la durée de l'observation. Mais très vite, les situations décrites ont été confrontées entre elles et une analyse comparative a été amorcée. Des questions posées par la chercheuse, les animatrices et

des membres du groupe de travail, les explications qui surgissent à notre esprit, les liens tentés entre les phénomènes observés et les opinions de différentes personnes sont écrits. Les intuitions et les réflexions, au fur et mesure qu'elles émergent, sont notées. Tout en les explicitant, la chercheuse formule déjà quelques hypothèses de compréhension et ses observations deviennent plus précises, moins aléatoires. Les principaux événements sont vite saisis et les phénomènes récursifs de mieux en mieux compris. En maintenant une assiduité dans la rédaction de ses notes, la chercheuse s'est appuyée sur le premier principe du travail qualitatif selon Van Maanen, Sabbs et Faulkner (1982), soit l'induction analytique, où la chercheuse réfléchit sur les contradictions avant d'identifier les indices qui se convergent et se complètent. Avec le temps, les observations se sont regroupées facilement en quelques grandes catégories.

Les notes condensées ont été retranscrites à l'ordinateur le soir même, la chercheuse prenant conscience que la mémoire de l'observation est très limitée. Les notes furent relues systématiquement avant chaque expérience d'observation participante, certaines questions restées sans réponse et certains faits obscurs étaient notés. C'est ainsi que la chercheuse a constaté une répétition des données après une période de sept mois d'expérience sur le terrain.

### **Le journal de bord**

Selon Spradley (1979), l'ethnographe est l'instrument majeur de la recherche et le journal de bord représente le côté personnel du travail sur le terrain.

Un journal de bord a été tenu à jour permettant de décrire en détail les expériences et les impressions, les confusions, les réactions aux participantes, à la situation et aux

idéologies. Une relecture assidue du journal de bord, tout au long du processus de collecte des données, a permis de faire un exercice d'introspection essentiel pour jauger l'influence des sentiments sur la qualité des données recueillies. Le journal de bord s'est avéré une source de données importante car il représente, en quelque sorte, une reconnaissance de l'exploration de la chercheuse.

### **Documents, artefacts, recettes et remèdes**

Les documents qui ont fait l'objet d'une analyse lors du travail de terrain sont de différentes natures. Ils proviennent de différentes sources et contribuent à la description de différents aspects des concepts étudiés. Il s'agit entre autres de relevés statistiques, d'études sociologiques et anthropologiques ainsi que des dossiers prénataux utilisés par les sages-femmes.

Plusieurs artefacts ont facilité une compréhension de divers éléments de base du savoir populaire partagé par des femmes à la période prénatale. Ainsi des discussions autour de divers objets comme des fétiches, des amulettes, des bijoux porte-bonheur, ont mis à jour, non seulement un univers de symboles et de croyances, mais aussi de règles et de modèles qui régissent l'organisation logique de ces croyances (Fabrega, 1973).

Les femmes ont partagé généreusement des recettes touchant des pratiques alimentaires spécifiques à la période prénatale. De plus, l'emploi de remèdes dans le sens d'une utilisation de divers ingrédients qui vise à retrouver l'harmonie, ont fait l'objet de nombreuses discussions. Des femmes ont participé avec beaucoup de générosité à la collection de plantes et de ses dérivés sous forme d'onguent, de tisane,

d'huile et ainsi, il a été possible de dégager, avec les femmes, la sagesse de ce savoir populaire.

### **Le logiciel Q.S.R. NUD\*IST, (1994)**

Toutes les informations recueillies ont été compilées et converties selon les exigences du logiciel adopté pour l'étude (NUDI\*IST, 1994). De cette manière, les données brutes étaient prêtes à être ultérieurement réduites, étalées et utilisées pour décrire et vérifier les conclusions (Miles et Huberman 1994, Richards et Richards, 1994; Tesch, 1989).

Cette mise en forme a été utilisée pour différents types de matériel : les transcriptions des synthèses des entrevues de groupes effectuées auprès des informatrices principales et des entrevues individuelles effectuées auprès des informateurs généraux et contextuels ainsi que les notes écrites de l'observation participante.

Par la suite, un projet d'analyse a été créé à partir du logiciel et les documents, sous leur forme brute, ont été introduits sous la caractéristique on-line. Les informations découlant de la lecture de divers documents ainsi que la description des artefacts culturels, des remèdes et des recettes ne sont pas saisies dans le logiciel sous la forme on-line. Ils ont fait l'objet d'une analyse non informatisée.

Ce logiciel est spécialement utile pour représenter le schéma de la structure de codification selon une forme hiérarchique. Il permet d'effectuer le codage, aide à diviser le texte en segments ou unités, attache les codes aux segments, trouve et représente toutes les possibilités de codage des segments ou la combinaison de ces

segments codés. Il permet de développer une classification et une catégorisation d'ordre plus élevé en plus de formuler des propositions et des déclarations impliquant une structure conceptuelle qui s'ajuste aux données (NUDI\*IST, 1994, Richards et Richards, 1994).

Les documents faisant l'objet d'analyse ont été identifiés de telle sorte que l'identité des femmes des clans concernés ne soit pas dévoilée. Des noms fictifs ont été attribués. Les documents des entrevues portent ces noms seulement.

L'établissement des catégories correspond au processus de codage des données (Grawitz, 1993; Miles et Huberman 1994; Richards et Richards, 1994). La première étape de la catégorisation des données a consisté en un découpage ou une dissection des différents textes et des documents à analyser en unités ou segments correspondant aux plus petites unités de sens (Deslauriers, 1991).

La codification a été répétée, jusqu'à ce que tous les incidents aient pu être directement classés sans avoir à recourir à la création de nouvelles catégories. Une saturation des catégories est apparue et un nombre suffisant de régularités a émergé (Lincoln et Guba, 1985; Strauss, 1987).

#### **PROCESSUS D'ANALYSE ET D'INTERPRÉTATION DES DONNÉES**

Intéressée à décrire l'expérience de soin prénatal et à construire avec les différents acteurs tunisiens des interprétations de cette expérience, l'approche herméneutique proposée par Reinharz (1983) et l'approche thématique de Leininger (1985), (voir

Figure II) ont inspiré tour à tour le processus d'analyse et d'interprétation des données (voir Figure III).

### **L'approche herméneutique**

Reinharz (1983) décrit l'approche herméneutique par une série de cinq processus de transformation.

#### **Premier processus de transformation**

Le processus initial de transformation est d'abord fait par les informatrices principales en acceptant de nous rencontrer, en nous permettant de les observer et en transformant leur expérience de soin prénatal en un discours rendu disponible à l'analyse, grâce aux enregistrements.

Les premières synthèses des traductions des enregistrements des entrevues ainsi que les notes écrites découlant de l'observation participante ont offert rapidement à la chercheuse un début de compréhension herméneutique de l'expérience de soin prénatal et de ce fait, un deuxième processus de transformation s'est amorcé.

#### **Deuxième processus de transformation**

À cette étape, les phases d'analyse des données, telles que décrites par Leininger (1985), ont guidé ce processus d'interprétation de la chercheuse. Les données recueillies sont transformées en descripteurs, par la suite ces descripteurs en patterns reflétant le soin à la période prénatale.

#### **Troisième processus de transformation**

Lors d'un troisième processus de transformation, ces patterns sont discutés avec le groupe de travail, permettant ainsi un développement d'une construction commune dans

des interprétations plus complexes du soin prénatal. Ces interprétations ont émergé d'un processus dialectique impliquant la juxtaposition d'idées conflictuelles et entraînant même, à l'occasion, la reconsidération des positions antérieures. De ce processus herméneutique/dialectique a émergé une construction de plus en plus complète et sophistiquée qui a pris en considération toutes les opinions (Steeves et Khann, 1995). Ce processus, mieux connu sous l'appellation de cercle herméneutique, représente le mouvement dialectique entre le tout et la partie pour arriver à la compréhension du texte.<sup>1</sup>

En effet, la chercheuse a commencé le travail d'interprétation avec un cadre de référence qui permettait de se faire une idée générale de ce qui influence l'expérience de soin prénatal en tant que " tout " sachant que cette notion est provisoire, vague et anticipée (Steeves et Khann 1995). Les expressions de soins génériques et de soins professionnels, qui émergeaient de la collecte des données, ont été examinées en tant que " parties " et selon la compréhension initiale du " tout " par la chercheuse et, par la suite, par le groupe de travail. Suite à cet examen, la compréhension du " tout " était mieux informée et ajustée. En retour, cette nouvelle compréhension a affecté la façon de comprendre et de discuter les autres parties du texte (Steeves & Khann, 1995). Ainsi s'est poursuivi le cercle herméneutique. Le but de l'expérience n'était pas de mieux comprendre le phénomène de soin prénatal mais de le comprendre différemment à la lumière des éléments contextuels et culturels (Koch, 1996).

---

<sup>1</sup> Le terme texte est englobant . Gadamer (1976) donne beaucoup d'importance au langage qui, selon lui, n'est pas un outil mais une façon d'être. Dans ce projet, le texte représente autant les transcriptions des traductions des entrevues, des notes écrites de l'observation participante que les synthèses et les interprétations.

Un autre niveau de dialectique se situe entre le local, le spécifique et le monde plus large, le général (Allen, 1995; Steeves et Khann 1995). Ce niveau est crucial pour le raffinement du texte. C'est ainsi que la chercheuse a ressenti le besoin à plusieurs occasions, de revenir à Tunis pour consulter les chercheurs du CREDIF et se documenter sur les différentes situations rencontrées. Il s'agissait ainsi, à ce niveau, d'éclairer le spécifique dans un contexte plus large des connaissances.

#### **Quatrième processus de transformation**

Un quatrième processus se déploie quand les interprétations sont transformées en un récit cohérent, reflétant la compréhension de l'expérience des informatrices. À ce niveau, les thèmes de significations englobants sont dégagés des patterns d'expressions de soins génériques et de soins professionnels. Ce récit peut alors être communiqué lors de conférences scientifiques.

#### **Cinquième processus de transformation**

Le processus final de transformation se produit quand la communauté scientifique évalue les interprétations faites et finalement, les lecteurs construisent leur propre interprétation de cette expérience.

#### **L'approche thématique**

L'approche thématique telle que décrite par Leininger (1985) a été suivie (voir Figure II)

Il s'agit d'une approche inductive dont chaque niveau représente une phase distincte en soi (voir Figure III). Dès la première phase, en transcrivant les données à l'ordinateur, la chercheuse a commencé à analyser les données. À la deuxième phase,

l'étude des similitudes et des différences au niveau des données a permis d'identifier des descripteurs qui ont été codés pour faciliter leur identification dans les enregistrements successifs. Par la mise en relation des descripteurs, des patterns d'expressions de soins génériques et de soins professionnels sont dégagés à la troisième phase. Au fil d'itérations successives, l'analyse passe à un niveau supérieur d'abstraction, des thèmes reflétant les significations de soins prénatals se dégagent.

### **CRITÈRES DE RIGUEUR**

Le but de cette recherche n'était pas de généraliser les significations de soins génériques et de soins professionnels mais de générer des thèmes sur la base de l'expérience de santé prénatale de femmes de la région du sud de la Tunisie. Différentes stratégies ont été utilisées afin d'assurer une rigueur à l'étude : la crédibilité, la fiabilité, la triangulation, la saturation, la transposition et la réflexivité.

#### **La crédibilité**

Les questions qui se posent concernant ce critère sont à savoir si les résultats de l'étude font du sens, s'ils sont crédibles pour les répondantes ainsi que pour les lecteurs et si un portrait authentique de l'objet de l'étude est disponible (Miles et Huberman, 1994). La crédibilité réfère donc à la valeur véritable des données, c'est-à-dire à la vérité telle que perçue par les femmes tunisiennes rencontrées et confirmée par elles. Tel que le souligne Sadelowski (1986), une étude est crédible quand elle présente si bien des descriptions ou des interprétations de l'expérience humaine que les gens les reconnaissent comme étant les leurs. Dans le cadre de cette étude, la crédibilité est

assurée par l'appréciation continue par le groupe de travail de l'interprétation des informations obtenues.

### **La fiabilité "Confirmability"**

Il s'agit du critère d'objectivité défini par l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur (Pourtois, 1989). Cette notion réfère à la neutralité dans la recherche positiviste alors que cette neutralité est impossible à réaliser dans les recherches qualitatives.

Selon Grawitz (1993), l'objectivité parfaite est impossible à concevoir, elle signifierait une absence d'intérêt regrettable. Mais l'absence d'objectivité implique quantité de nuances, depuis la description erronée, le parti pris, jusqu'au simple fait de la préférence pour tel genre de domaine et l'emploi de telle technique. Il faut distinguer la description des faits, qui doit toujours être objective, de l'interprétation, qui peut être plus personnelle à condition que les deux ne soient pas confondus .

Garantir l'objectivité d'une étude qualitative est impossible mais garantir la fiabilité est plus raisonnable (Williams, 1986). Une description claire et détaillée des méthodes et procédures utilisées permet d'obtenir une image complète du déroulement de l'étude. De même, la prise de conscience des éventuels biais personnels de la chercheuse et de leur interférence possible durant l'étude favorise la fiabilité de cette étude. Pour cette raison, différentes méthodes ont été suivies pour contourner ces difficultés comme la relecture du journal de bord, des discussions avec les membres du groupe de travail, avec des chercheurs associés au projet ainsi que la consultation de pairs. De plus, les

données de l'étude sont conservées et pourraient être rendues disponibles pour une nouvelle analyse par d'autres personnes.

### **La triangulation**

La triangulation consiste à utiliser différentes techniques de collecte d'information sur le même sujet, pour assurer une meilleure compréhension du phénomène à l'étude et à utiliser de multiples perspectives pour interpréter un ensemble unique de données (Denzin et Lincoln, 1994). L'observation-participante associée aux entrevues de groupe et individuelles a ainsi offert de l'information convergente facilitant la compréhension des significations et des expériences de soin prénatal.

### **La saturation**

La saturation des données consiste à atteindre le point où les informations supplémentaires recueillies n'ajoutent rien à la compréhension du phénomène étudié (Morse, 1994). Ainsi, aucune donnée suffisamment nouvelle ne ressort des entrevues ou de l'observation participante pour justifier une augmentation du matériel empirique (Pourtois, 1989). Cette saturation a été vérifiée tout au long de la collecte des données et lors de l'analyse, à partir du moment où la catégorisation ne donnait plus naissance à de nouveaux concepts.

### **La transposition**

Ce critère consiste à vérifier si les conclusions de l'étude apportent une large contribution, si elles sont transférables à d'autres contextes et s'ajustent parfaitement au contexte (Lincoln et Guba, 1985). La transposition réfère aussi à l'application sélective des résultats de la recherche à des contextes similaires.

**Quatrième phase : Thèmes, découvertes majeures,  
formulations théoriques et construits**



Il s'agit du plus haut niveau d'analyse et de synthèse des données. Cette phase requiert un esprit de synthèse et une analyse créative des données découlant des autres phases.

Le chercheur dégage des thèmes majeurs, peut offrir des formulations théoriques et peut faire des recommandations.



**Troisième phase : Analyse de contexte  
et analyse de patterns**

Les données sont scrutées pour découvrir des patterns de comportement, des interprétations de contexte et des significations structurales. Les catégories de données sont examinées pour mettre en évidence des patterns récurrents.

Les critères recherchés sont la saturation et la redondance des données.



**Deuxième phase : Identification des descripteurs et des  
composantes à partir des données brutes**

Les données sont étudiées pour trouver des similitudes et des différences qui peuvent être codées selon le domaine d'intérêt. Les données peuvent être classifiées selon leur origine émique ou étique de façon à respecter la signification dans le contexte. La principale tâche est la recherche de la vérité.

Les critères recherchés sont la crédibilité et la confirmation.



**Première phase : Collecte des données  
brutes (dossier ethnographique)**

Le chercheur collecte, enregistre et commence à analyser des données en relation avec le domaine d'intérêt, les buts et les questions.

Cette phase comprend (a) l'enregistrement des données qui proviennent des informateurs par le biais des entrevues et de l'observation-participation, (b) les interprétations faites, (c) l'identification des rituels et (d) l'enregistrement des modes de vie reliés au phénomène étudié.

Les données sont compilées par traitement informatisé.

*Figure II. Analyse thématique.*

Source : Leininger, M. (1985).

Traduction libre : Lazure, G. (1993).

### Approche intégrée herméneutique (Reinharz, 1983) et thématique (Leininger, 1985)

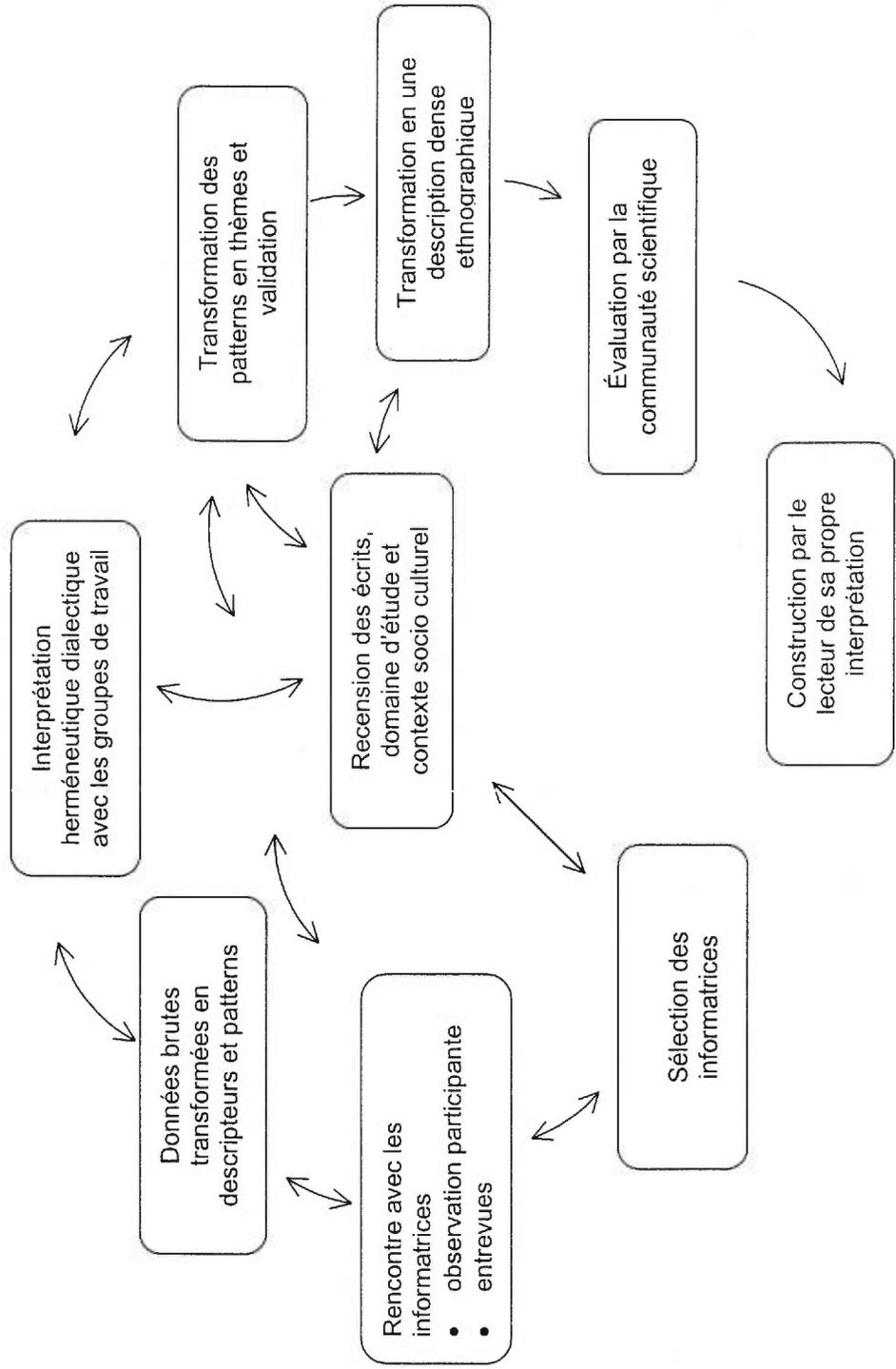


Figure III. Analyse et interprétations des données.

Ginette Lazure, 1999

Une description détaillée du contexte de l'étude peut amener un autre chercheur à transférer les interprétations et les propositions de cette étude à un contexte similaire (Koch, 1994). Des informations descriptives contextuelles au sujet des femmes de la région du sud de la Tunisie et de leur histoire sont présentées. Il n'est toutefois pas question de validité externe en recherche qualitative car les connaissances sont le reflet du contexte dans lesquelles elles sont construites.

### **La réflexivité**

La réflexivité réfère à la capacité des chercheurs à expliciter leur propre démarche et à en rendre compte devant toutes les participantes (Chapoulie, 1993). Pour ce faire, un audit trail décrivant étape par étape le processus de recherche permet aux personnes intéressées de suivre le cheminement qui sous-tend les connaissances générées.

### **CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Certaines mesures ont été prises au cours de l'étude pour prévenir toute source de nuisance et de déception, de quelque nature que ce soit, qui aurait pu survenir aux participantes à l'étude. Nous avons tenu compte du consentement de celles-ci et nous avons eu recours à la protection de la propriété et de la confidentialité des données (Punch, 1994).

Ainsi l'autorisation des autorités du Ministère de la santé tunisien ainsi que de l'ONFP a été sollicitée pour contacter les délégations régionales de Tataouine et de Gabès. Par la suite, une autorisation a été requise de la part des autorités des délégations régionales pour se rendre aux localités choisies et pour avoir accès à divers documents.

Afin de protéger les droits de tous les participants à la recherche, des explications verbales sur les objectifs et le déroulement de l'étude furent données en insistant sur la confidentialité, l'anonymat et le droit de refuser ou de se retirer en tout temps. Selon l'expérience de la chercheuse dans ce pays, un consentement verbal est le plus souvent approprié car, de par la culture tunisienne, la parole représente l'honneur de la personne. Obtenir un consentement écrit peut créer des sentiments de méfiance et altérer ainsi l'approche spontanée et naturelle souhaitée.

Les enregistrements sont transcrits sous des noms fictifs et les documents écrits faisant l'objet d'une analyse ont bénéficié d'une identification numérique ou alphanumérique. Toutes références aux personnes et aux lieux sont évitées .

### **DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

Cette étude n'a pas été épargnée de contraintes de différentes natures. D'ailleurs, selon Punch (1994), il ne faut pas se faire d'illusions mais se protéger contre l'idée des chercheurs qui veulent faire croire à la douceur et à l'absence de difficultés dans un processus de recherche.

Des résistances ont été rencontrées au nom de l'objectivité et de la neutralité de la recherche telle qu'on la connaît dans le domaine de la santé en Tunisie. En effet, la recherche médicale sous forme d'enquête est davantage reconnue et valorisée dans ce pays. À maintes reprises, la chercheuse a dû clarifier les fondements épistémologiques à la base de cette étude devant les autorités tant nationales que locales, à ses collègues

infirmiers et médicaux afin que le caractère scientifique de ses activités de recherche de nature qualitative soient reconnues et les démarches ainsi facilitées.

De plus, des caractéristiques de la chercheuse ont été discutées et parfois même contestées comme le fait qu'elle ait le profil d'infirmière, qu'elle soit de nationalité étrangère et qu'elle prépare sa recherche dans le cadre d'un programme d'études doctorales dans son pays. Des accusations d'ethnocentrisme ont été proférées à l'égard des théories dites " occidentales " qui ignorent trop souvent leurs spécificités culturelles sinon leur existence même. À plusieurs reprises, on a mentionné qu'une telle recherche devrait être réalisée uniquement par des chercheuses locales. Les conditions actuelles de partage inégal des moyens de production des connaissances entre les chercheurs infirmiers des pays du Nord et de la Tunisie ont été ainsi dénoncées.

Ces accusations sont certes troublantes lorsqu'elles proviennent d'hommes politiques, de fonctionnaires d'organismes de coopération internationale mais encore plus, lorsqu'elles sont de collègues de profession médicale et infirmière. Ces difficultés, souvent sources de stress, d'inconfort et de fatigue, ont suscité une réflexion autocritique et la chercheuse a dû redoubler d'efforts pour maintenir un dialogue et ainsi ouvrir la voie à un changement de perception.

Étudier les expériences de soin prénatal en s'intéressant aux rapports sociaux de genre semblait constituer une menace pour plusieurs femmes principalement de milieu rural. Certaines ont refusé, soit de nous rencontrer, soit de discuter de leur quotidien, créant ainsi un obstacle important à la collecte des données. Plusieurs chercheurs sociologues tunisiens expliquent la résistance de certaines femmes à dévoiler leur vécu,

comme étant une réaction au progrès qui est perçu très souvent comme une menace au maintien des valeurs traditionnelles. Selon ces chercheurs, le contexte de paupérisation accrue, vécue par des femmes de ces régions, se produit en lien avec une remontée de la droite et parfois même du fondamentalisme religieux. Toutefois, on peut penser que des femmes craignent des attitudes ethnocentriques de la part des chercheuses étrangères. Dans le contexte rural, la chercheuse a déployé temps et énergie pour atteindre, dans le délai prévu, le critère de rigueur de la saturation.

Il semble indispensable de décrire le plus concrètement possible les difficultés rencontrées à travers la réalisation de cette étude, difficultés qui ont entraîné l'adoption des stratégies utilisées. Cette situation n'a pu qu'influencer d'une manière ou d'une autre les résultats.

#### CIRCONSTANCES FACILITANTES

Comme le soulignent Altorki et Soth (1988), en ethnographie, le rôle du chercheur est influencé en partie par son âge et la répartition des rôles hommes-femmes dans la société étudiée. Ces auteurs soulignent que certaines limites peuvent être vécues par des femmes chercheuses dans les pays où des attitudes spécifiques au genre sont palpables.

L'expérience de la chercheuse, de plus de dix années en Tunisie, a permis l'identification d'indices culturels qui ont facilité l'entrée sur le terrain. À titre d'exemple, le frère aîné de la chercheuse principale était présent lors de tous les contacts initiaux effectués auprès des représentants officiels des sites choisis. Ce geste fut

interprété comme une marque de respect de l'autorité hiérarchique. À plusieurs occasions, on a souligné le plaisir d'avoir pu discuter avec lui des stratégies pour faciliter le travail sur le terrain. De même, on s'informait régulièrement de sa satisfaction concernant le déroulement de cette étude.

Le statut de canadienne ayant coordonné antérieurement un projet de partenariat avec le ministère de la santé tunisien et ayant toujours maintenu les contacts à travers les années a offert à la chercheuse des avantages significatifs à l'accès à l'information auprès de différentes instances.

## **ANALYSE ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Ce chapitre se divise en quatre parties. Dans la première partie, le contexte environnemental des informatrices principales est décrit, suivi du contexte sanitaire et du profil socioculturel de ces dernières. Dans la seconde partie, les significations et les expressions de soins génériques à la période prénatale, construites herméneutiquement, sont analysées à la lumière des rapports sociaux de genre et des différentes dimensions culturelles. Dans la troisième partie, les significations et les expressions de soins professionnels sont présentées. À la dernière partie, l'articulation des expressions de soins génériques et de soins professionnels faite par les informatrices, permet d'énoncer les attributs d'un soin empreint de sensibilité à leurs besoins.

#### LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL

Dans cette section, une description des contextes choisis est présentée; la région de Tataouine pour le contexte rural, la ville de Gabès comme contexte urbain, la région de Ghannouch comme contexte semi-urbain (voir Annexe I).

##### **Tataouine et sa région, contexte rural**

La ville de Tataouine qui compte aujourd'hui 7,000 habitants, a été fondé en 1912 pour accueillir une unité de la légion étrangère française dont la mission était de surveiller les tribus rebelles de la région.

Les villages où nous avons rencontré les informatrices principales, se trouvent dans la région environnante de Tataouine, située très proche des frontières de la Lybie et de l'Algérie, région aussi appelée pays des ksour. Chaque village est construit à partir de ces

structures qui constituent un groupement de ghorfas ou petits fortins selon le village (voir Annexe IV, photo 8). Les ghorfas sont des cellules voûtées en terre sèche, de forme ovale, construites côte à côte sur plusieurs étages, reliées entre elles par des échelles ou des escaliers. L'ensemble des ghorfas forment un ksar, ou village fortifié. Situées en général sur une hauteur mais parfois aussi au fond d'une vallée, ces constructions principalement destinées au stockage des céréales servaient parfois d'habitation. Certains seraient vieux de six siècles. Les ksour ont été progressivement abandonnés depuis l'époque du protectorat, perdant non seulement leur rôle de grenier mais aussi d'habitation. Maintenant, les ksour représentent à la fois des lieux de réunion, des magasins, des marchés et parfois même des lieux pour se protéger.

Le paysage dans cette région est parfois trompeur, les villages discrets se confondant avec les reliefs naturels. Les routes pour accéder à ces villages sont, à certains endroits, difficilement praticables mais la vue est splendide et les couleurs très douces (voir Annexe IV, photos 9 et 10). Ce parcours d'une heure que nous avons effectué quotidiennement pendant près de deux mois pour rencontrer les informatrices principales était toujours des plus agréables. On pouvait y voir quelques maisons isolées en bordure de route dont les habitants s'étonnaient de voir passer une étrangère au volant d'une voiture. Nous traversions des collines qui abruptement plongent sur une plaine avant d'arriver aux villages où les murs des maisons aux toits plats se confondent avec la terre sablonneuse (voir Annexe IV, photo 11).

Les maisons visitées sont presque identiques comportant deux ou trois pièces ouvrant sur une petite cour. Ces maisons sont dites " en dur " symbolisant la

sédentarisation des anciens nomades et constituent selon des informatrices une amélioration de leur niveau de vie si l'on compare aux tentes traditionnelles (voir Annexe IV, photos 12 et 13). Les maisons sont suffisamment éloignées les unes des autres pour respecter l'intimité familiale de chaque lignage. La plupart des familles ne construisent pas en une seule fois. Pour des raisons économiques, on construit par étapes. Le chef de famille commence par la construction d'une ou deux pièces largement ouvertes sur un espace domestique, appelé manchar. Chaque fois qu'il marie l'un de ses fils ou de ses jeunes frères, il peut rajouter une pièce supplémentaire. C'est pourquoi souvent, les maisons donnent un aspect inachevé, sans carreaux, sans clôture, sans cuisine couverte dans beaucoup de cas. Les parties annexes, réservées traditionnellement aux animaux, sont généralement séparées de la maison, mais il arrive aussi de trouver que la pièce inachevée de la maison serve, en attendant, d'enclos et de poulailler.

Ces maisons sont très peu compartimentées, exigües, conçues selon un modèle standard. Selon un mode de vie traditionnel de type patriarcal, la pièce principale est généralement réservée au chef de famille. Nous avons été touchées par les conditions d'exiguïté que vivent les informatrices de milieu rural et leurs enfants dans l'une ou les deux pièces qui restent disponibles. Ces maisons comportent généralement peu de confort ménager. Les installations sanitaires sont la plupart du temps inexistantes, on n'y trouve ni bain, ni douche, ni toilette.

Le mobilier est généralement très simple et très réduit; seulement des tapis vivement colorés et des couvertures tissées par les femmes, des coffres en bois peints. Quelques familles possèdent un poste de télévision alimenté par une pile mais les femmes

disent ne pas vraiment en profiter, faute de temps et aussi parce que la présence des hommes de la maison les gêne pour regarder leur émission. La radio est plus répandue mais nous avons remarqué que ce sont les hommes qui l'écoutent avec le plus d'assiduité car ils la tiennent constamment à leur portée, à la maison comme au champ.

Plusieurs familles utilisent encore la lampe à pétrole comme éclairage, n'ayant pas l'électricité disponible. La plupart des familles rencontrées ne peuvent disposer de l'eau courante. La fontaine publique ou bien la citerne et le puits privé représentent donc les sources d'approvisionnement en eau.

### **Gabès, contexte urbain**

La ville de Gabès avec sa superbe palmeraie se situe aux portes du grand sud, là où le paysage se fait plus sauvage, le sable et les collines de pierre monopolisent le décor. Gabès a de tout temps, occupé une position stratégique. Délimitée par les chaînes montagneuses des monts des Ksour au nord, et par le djebel Tebaga au sud-est, Gabès constitue le seul accès à la mer. Cette ville fut pendant des siècles réputée pour ses tribus belliqueuses et ses pillards.

La ville de Gabès, d'environ 65,000 habitants, est un port important spécialisé dans l'exportation de produits chimiques (phosphates, acide sulfurique et engrais) et un centre artisanal réputé (tapis, couvertures, nattes, couffins). Gabès doit son essor économique à l'exploitation de gisements de pétrole au large. Gabès est aussi une station balnéaire mais la pollution apportée par toutes les industries a envahi ses côtes. Les informatices s'inquiètent des effets de cette pollution sur leur santé et celles de leurs enfants: "*on ne parle pas assez de la pollution, regardez les arbres qui sont brûlés, ... regardez les*

*palmiers , ils ne donnent pas autant de dattes... imaginez ce que la pollution peut faire sur nos enfants... ”* (Gabès 2). En fait, nous n'avons pu repérer aucune recherche traitant des effets de cette pollution sur la santé de la population de la région de Gabès. Toutefois, au nord de la ville se trouve une très belle et grande oasis qui s'étend jusqu'à la mer où sous les palmiers, poussent arbres fruitiers et légumes divers. André Gide disait avoir découvert un avant-goût du paradis dans cette oasis côtière.

Les maisons familiales sont construites à l'image des maisons de milieu rural. Lorsque les couples vivent seuls avec leurs enfants, de façon indépendante de la famille élargie, ils occupent une plus petite maison où les pièces sont peu compartimentées et de façon générale, on observe plus de confort. On peut y voir des lits ou simplement des matelas, une armoire, parfois une table et deux ou trois chaises. La plupart des familles possèdent un poste de télévision et une radio.

Les installations sanitaires sont présentes ainsi que l'électricité. Le réseau de la Sonede alimente en eau courante. De plus, les femmes peuvent se rendre plus facilement au bain public de la ville, appelé hamman (voir Annexe IV, photo 14).

### **Ghannouch, contexte semi-urbain**

Ghannouch est une petite localité banlieue de l'oasis maritime de Gabès. Ghannouch compte 1400 hectares de terres agricoles exploitées quatre fois l'an. Des oignons, de l'ail, des carottes, de la luzerne, des fèves, des navets, des laitues et des tomates constituent l'essentiel de la culture maraîchère. Tous ces légumes cultivés sont destinés aux marchés de Sfax, de Gafsa, de Sidi Bouzid, de Gabès, de Médenine et ceux de Tataouine .

Cette petite localité compte quelques 22,000 habitants employés à 90% dans l'agriculture et vivant de ses ressources. Huit milles femmes œuvrent aux champs pour la plupart comme aides familiales, très peu comme ouvrières rémunérées car la majorité des familles sont propriétaires. Il est dit que ces propriétaires terriens ont appris à vivre avec " *le vent et le sel que la mer juste en face apporte* " (Ga2g). Une femme âgée nous raconte qu'à l'origine tous les hommes de cette localité étaient des pêcheurs. Ce sont les femmes qui, les premières, ont défriché et fertilisé ces terres sablonneuses et marécageuses.

Les maisons sont semblables à celles que l'on retrouve en milieu urbain. Les informatices de milieu semi-urbain jouissent du même type de confort qu'en milieu urbain.

#### LE CONTEXTE SANITAIRE

Les statistiques présentées proviennent de la dernière source disponible de l'INST (1996). Ces statistiques obtenues lors du travail de terrain sont présentées par gouvernorat et permettent d'appréhender le contexte sanitaire des régions étudiées (voir Tableau IV).

#### **Le Gouvernorat de Tataouine**

Le gouvernorat de Tataouine compte 10 lits actifs par 10,000 habitants, un ratio de 9 lits de maternité pour 10,000 femmes en âge de procréer, c'est-à-dire de 15 à 49 ans et 34 Centres de Soins de Santé de Base (SSB) pour 100,000 habitants. Ces centres offrent

des services de première ligne qui intègrent les soins curatifs, la vaccination, la consultation prénatale et postnatale, les services de planification familiale ainsi que l'éducation sanitaire. On compte un ratio de 6 sages-femmes pour 10,000 femmes en âge de reproduction et un ratio de 4 médecins pour 1,000 habitants. Le pourcentage de naissances en milieu médical est de 58%.

### **Le Gouvernorat de Gabès**

Le gouvernorat de Gabès couvre à la fois la ville de Gabès et Ghannouche. Il existe environ 18 lits actifs par 10,000 habitants pour le gouvernorat de Gabès. Le ratio de lits de maternité est de 16 pour 10,000 femmes en âge de procréer. Il existe de plus un ratio de 27 SSB pour 100,000 habitants. On retrouve un ratio de 6 sages-femmes pour 10,000 femmes en âge de reproduction, un ratio de 4 médecins pour 1,000 habitants. Le pourcentage des naissances qui se déroulent en milieu médical est de 76%.

**Tableau IV**

#### **LE PROFIL SOCIO SANITAIRE DES INFORMATRICES PRINCIPALES**

	Lits actifs pour 10,000 habitants	Lits de Maternité pour 10,000 femmes	SSB pour 100,000 habitants	Sages- femmes pour 10,000 femmes	Médecins pour 1,000 habitants	% de naissance en milieu médical
<b>Gabès</b>	18	16	27	6	4	76%
<b>Tataou.</b>	10	9	34	6	4	58%

Afin d'offrir une meilleure accessibilité aux services de soins professionnels, depuis quelques années, le Ministère de la santé demande aux différentes équipes de l'ONFP et

des Centres de Soins de Santé de Base au niveau régional, d'intégrer dans leurs activités courantes, les consultations prénatales et postnatales et les activités de la planification familiale. Les équipes de l'ONFP des gouvernorats de Gabès et de Tataouine offrent en plus les services d'interruption de grossesse.

Un certain nombre de médecins de pratique libre dispensent aussi des prestations de première ligne dans des cabinets privés.

#### **LE PROFIL SOCIOCULTUREL DES INFORMATRICES PRINCIPALES**

Cinquante-huit femmes ont participé à la collecte des données comme informatrices principales : 24 femmes vivant en milieu rural, 19 femmes en milieu urbain et 15 femmes en milieu semi-urbain. L'âge de ces femmes varie entre 18 et 44 ans avec une moyenne de 28 ans en milieu rural, de 27,5 ans en milieu semi-urbain et de 30 ans en milieu urbain. Toutes les informatrices principales sont originaires de la région du sud et le plus souvent de la même localité où elles vivent présentement (voir Tableau V) .

Le taux d'analphabétisme est plus élevé chez les informatrices principales de milieu rural soit sept femmes, quatre femmes en milieu semi-urbain et trois femmes en milieu urbain. La majorité de nos informatrices principales ont une scolarité de niveau primaire : 15 en milieu rural, 14 en milieu semi urbain et 11 en milieu urbain. Quatre informatrices ont un niveau de scolarité secondaire : deux en milieu rural, une en milieu semi-rural et une en milieu urbain.

Toutes les informatrices principales sont mariées. La moyenne de l'âge au mariage est de 19,5 ans en milieu rural, 19 ans en milieu semi-urbain et de 20,5 ans en milieu urbain. Il existe une très forte proportion de mariages entre cousins germains chez ces informatrices : 23 femmes en milieu rural, 15 en milieu semi-urbain et 10 en milieu urbain. Pour la majorité des informatrices, le choix du conjoint a été fait par la famille. Deux femmes seulement en milieu urbain ont choisi leur conjoint avec l'intervention des voisins. La majorité des informatrices vivent dans le contexte de la famille élargie, avec les beaux-parents, beaux frères et belles sœurs. Deux informatrices de milieu semi-urbain et cinq informatrices de milieu urbain vivent seules avec leur mari et leurs enfants.

Les informatrices de milieux rural et semi-urbain travaillent à la maison et aux champs. Il nous a été impossible de savoir si ces femmes travaillaient à titre d'ouvrière rémunérée ou comme membre de la famille élargie. Par contre, nous savons que la plupart des informatrices travaillent sur les exploitations familiales. Quatre femmes de milieu urbain occupent un travail rémunéré à l'extérieur de la maison.

Des 58 informatrices principales rencontrées, 14 femmes sont des primipares : sept en milieu rural, trois en milieu semi-urbain et quatre en milieu urbain. La gravidité moyenne est de trois, soit de 2,9 en milieu rural, de 3 en milieu semi-urbain et de 3,3 en milieu urbain. La parité moyenne est de 2,4, soit 2,3 en milieu rural, 2,5 en milieu semi-urbain et 2,4 en milieu urbain. Les informatrices principales ont consulté une sage-femme dans un centre de santé en moyenne 1,4 fois au cours de leur grossesse, soit 1,3 en milieu rural, 1,4 en milieu semi-rural et 1,4 en milieu urbain. Aucune des femmes rencontrées

Tableau V

## PROFIL SOCIOCULTUREL DES INFORMATRICES PRINCIPALES

	Milieu rural	Milieu semi-urbain	Milieu urbain
N. Informatrices principales	24	19	15
Âge $\bar{x}$	28	27,5	30
Taux d'analphabétisme	7	4	3
Formation de niveau primaire	15	14	11
Formation de niveau secondaire	2	1	1
Âge au mariage $\bar{x}$	19,5	19	20,5
N. Mariages consanguins	23	15	10
N. Informatrices qui vivent avec la famille élargie	24	17	10
N. Informatrices qui occupent un travail rémunéré	0	0	4
N. Primipares	7	3	4
Gravidité $\bar{x}$	2,9	3	3,3
Parité $\bar{x}$	2,3	2,5	2,4
N. de consultations prénatales	1,3	1,4	1,4
N de consultations post-natales	0	7	10
N. accouchements à la maison	19	7	2
Période de l'allaitement	16 mois	15 mois	15 mois

n'avait consulté des professionnels de la santé dans les hôpitaux ou dans les cliniques privées.

Pour toutes les informatrices principales, les raisons les plus souvent invoquées pour consulter sont l'importance de passer des "bilans sanguins" au début de la grossesse afin de s'assurer que tout se déroule bien et de recevoir la confirmation de la grossesse. Vers la fin de la grossesse, elles sont intéressées de connaître la date de l'accouchement. L'absence de complication est l'argument le plus souvent apporté pour ne pas consulter. Seulement 10 femmes de milieu urbain et sept femmes de milieu semi-urbain ont recherché des soins postnatals par le passé.

En milieu urbain, les femmes ont accouché ou accoucheront majoritairement à la maternité soit 13 naissances pour 2 naissances à la maison. En milieu semi-urbain, 7 naissances sont prévues à la maison et 12 naissances à la maternité. Toutefois, en milieu rural, 19 naissances ont lieu à la maison et 5 naissances à la maternité.

Toutes les femmes ont allaité ou ont l'intention d'allaiter leurs enfants dès les six premières heures qui suivent la naissance. La durée moyenne de l'allaitement maternel pour les informatrices principales de l'étude est de 16 mois en milieu rural et de 15 mois en milieu semi-urbain et en milieu urbain

#### **LES EXPRESSIONS ET LES SIGNIFICATIONS DE SOINS GÉNÉRIQUES**

Tel que proposée par Geertz (1973), nous avons voulu apporter une "description dense" du contexte des interprétations qui va au delà de ce qui est vu et entendu et qui

permet de donner un sens à l'expérience de soin prénatal. Cette description s'appuie sur une analyse holiste des différentes dimensions socioculturelles telles que présentées par Leininger (1985) en lien avec les rapports sociaux de genre.

Les expressions de soins génériques des informatrices découlent le plus souvent d'un savoir construit au gré des contacts avec les femmes de la famille. Ce savoir reflète les valeurs importantes pour des femmes du sud de la Tunisie.

La grossesse et l'accouchement sont perçus comme des phénomènes naturels. Ainsi, très souvent, les informatrices n'ont pas voulu dissocier l'expérience prénatale de toute autre expérience de la vie reproductive des femmes comme la puberté, les menstruations, l'allaitement. Intégrées à leur vie, les expressions de soins génériques touchent à la fois les domaines de la promotion et de la protection de la santé ainsi que de la prévention de la maladie.

Au terme de notre analyse, il est apparu que le respect de l'autorité hiérarchique familiale représente pour les informatrices, une valeur des plus significatives à la période prénatale. C'est pourquoi, nous l'offrons comme toile de fond à l'ensemble des expressions et des significations de soins génériques.

### **Le respect de l'autorité hiérarchique familiale**

Une compréhension de l'organisation familiale, de la répartition du pouvoir qui en découle, nous aide à apprécier l'importance du respect de l'autorité hiérarchique familiale dans l'expérience de soin prénatal de femmes de la région du sud de la Tunisie.

L'organisation familiale de cette région de la Tunisie est de type patriarcale, patrilinéaire et agnatique, répondant à des valeurs des plus traditionnelles

(Ferchiou, 1992). Les informatrices principales que nous avons rencontrées, appartiennent à de grandes familles, appelée Ayla . Ces familles sont fondées essentiellement sur la parenté par les mâles. Un ensemble de familles constitue un clan appelé Lahma. C'est l'unité organisationnelle la plus forte en région rurale du sud de la Tunisie. Karoui (1989) soutient que c'est dans le clan que la personne vit et s'épanouit en tant que membre d'un groupe distinct ayant une cohésion profonde et une volonté commune. Toutes les familles d'un clan se rattachent à un ancêtre commun dont l'histoire est connue par tous ses membres, d'où la solidarité étroite des liens. Les divers clans forment une fraction, fakid. La fraction se caractérise par un territoire en appropriation collective. La "tribu" regroupe plusieurs fractions. Son ancêtre fondateur témoigne généralement d'une ascendance noble au sens islamique du terme, c'est-à-dire d'une relation de parenté avec le Prophète ou ses plus proches compagnons.

La filiation agnatique, un des piliers du patriarcat veut donc que seule la parenté en ligne paternelle ou masculine soit reconnue. Ainsi, l'ancêtre est appelé à donner le jour au plus grand nombre de garçons car c'est à travers eux que se perpétuera la famille. Des informatrices principales nous expliquent:

*....les garçons assurent la richesse...la protection...(W6).*

*....les hommes restent dans la famille ....nous protègent (K2b).*

*....les filles vont enrichir la maison des autres... (B 2 a).*

Le passé de ces grandes familles est très proche du nomadisme. Or, le nomadisme est un mode de vie qui implique que la parenté constitue un modèle prédominant. Le phénomène important de consanguinité que nous avons retrouvé dans les familles des

informatrices principales se comprend à la lumière de ces règles patrilinéaires qui dictent des stratégies familiales de préservation des patrimoines fonciers, fondées sur le maintien de l'indivision de la parenté.

Une informatrice générale explique que l'héritage est toujours régi par la loi islamique qui prévoit deux tiers pour l'homme et un tiers pour la femme. Dans le système traditionnel encore en vigueur dans la région du sud de la Tunisie, les femmes peuvent difficilement disposer de leurs biens; la terre est toujours considérée comme une propriété de l'homme. À défaut du père ou du frère, c'est le mari qui la représente et qui assure la gestion (Cherif & Mazourki, 1989). Le gendre est un copropriétaire potentiel et le mariage de la fille avec un " étranger " constitue ainsi une menace pour toute la famille. C'est pour éviter un tel risque qu'on préfère marier la fille avec un cousin parallèle patrilinéaire car il a généralement des droits sur les biens. Cette stratégie de mariage endogamique répondant à des besoins économiques, incite la grande famille à conserver tout son potentiel humain. On peut donc comprendre que le pouvoir de négociation en vue du mariage relève de la famille. Des informatrices principales expliquent que la famille demeure un élément essentiel dans le choix et l'acceptation du mari. La durée moyenne des fiançailles qui représentent le temps des fréquentations, dépasse rarement trois mois. Il est difficile de dire dans quelle mesure les informatrices rencontrées ont joui d'une réelle liberté dans le choix de leur conjoint. *" ...C'est comme cela ici...ma famille a vu des hommes...dans la famille...qui étaient bien pour moi.....j'ai accepté "(D1c)*

Plusieurs informatrices principales ont même verbalisé du danger de divorce auquel les femmes s'exposent quand elles choisissent elle-même leur conjoint.

*Les femmes divorcées ...ont choisi leur mari.. c'est un risque (Gabch2f).*

*C'est toujours difficile quand on ne connaît pas la famille...c'est un risque ( G1d).*

Deux informatrices principales qui avaient choisi leur conjoint par l'intermédiaire de leur voisin, ont exprimé un regret face à une certaine prise de distance par rapport à leur famille d'origine.

Avec le temps, le mariage endogamique a amené un phénomène important, qui concerne la dot. Traditionnellement, la dot constituait une forme de rempart permettant à l'épouse de garder son autonomie financière. La dot pouvait se situer entre 15 dinards et 250 dinards selon les moyens de la famille. En effet, le régime de communauté de biens n'existant pas en Tunisie, la femme peut garder sa dot dans le mariage. De nos jours, la dot tend à diminuer en importance et ainsi des informatrices principales nous expliquent:

*...quand je me suis mariée ..j'ai marié mon cousin et je n'ai eu presque rien comme dot....quelques bijoux. ( B3b).*

*Je n'ai rien...c'est ainsi.. la famille qui a ( K2b).*

*...je connais des femmes qui se font battre..mais que peuvent-elles faire...elles ne peuvent partir ...elles n'ont rien... ( Gabès 6).*

Selon des informateurs contextuels, cette diminution des possibilités de garder une autonomie financière peut dans certaines circonstances toucher la dignité et l'indépendance des informatrices.

Ainsi, la culture traditionnelle du sud de la Tunisie et l'absence d'un régime matrimonial permettant que les biens acquis dans le mariage soient communs rendent les informatrices principales dépendantes du pouvoir économique des hommes, phénomène

qui appelle “ *la soumission et l’effacement* ” (MEM). Cette dépossession des informatrices se fait au nom de la grandeur de toute la famille.

*Tous les biens appartiennent à la famille... (K2b).*  
*C’est comme cela que la famille devient plus grande ...plus importante (K3b).*

Le patrimoine familial joue un rôle déterminant pour le maintien du prestige de la famille, d’où l’effacement des informatrices par les hommes mais aussi par les femmes elles-mêmes, qui semblent avoir fait de ce modèle patriarcal leur seul référent. Le mariage n’est donc qu’une étape qui permettra d’accroître la famille et pour la femme, un passage obligé pour atteindre la maternité, rôle le plus valorisé par les informatrices.

Les familles rencontrées en milieu rural et semi-urbain et quelques familles en milieu urbain regroupent plusieurs hommes, le plus souvent le père et ses fils, avec leurs femmes et leurs enfants et ainsi, l’ensemble est placé sous l’autorité du père de famille. Nous avons observé que les relations au sein de ces familles sont très hiérarchisées, entre hommes en fonction de l’âge, les cadets obéissant aux aînés, et aussi entre hommes et femmes, les hommes ayant tous, en principe, autorité sur les femmes sans considération de l’âge, à l’exception des très jeunes enfants. Des informateurs contextuels expliquent que cette idéologie patriarcale présente l’un des fondements les plus tenaces et les plus résistants dans cette région du sud de la Tunisie.

Le respect de l’autorité hiérarchique familiale s’exprime différemment selon l’âge, le genre et le milieu et se manifeste par le respect de l’autorité des hommes de la famille, le respect de l’univers des hommes ainsi que le respect de l’autorité des belles-mères.

Transgresser cette norme socioculturelle importante signifie pour les informatrices de notre étude, se rendre vulnérables aux forces supérieures et mérite un châtement.

### **Le respect de l'autorité des hommes de la famille**

Même si l'idéologie patriarcale, qui soutient l'autorité des hommes, était présente depuis Rome et n'était pas inconnue de la coutume pré-islamique, l'Islam ne lui a pas opposé de résistance au contraire; des informateurs contextuels citent ces versets du Coran pour appuyer l'importance de cette hiérarchie entre les hommes et les femmes:

*Les hommes ont .....sur elles la prééminence (Sourate 2, verset 228).*

*Les hommes ont autorité sur les femmes du fait qu'Allah a préféré certains d'entre vous à certains autres et du fait que les hommes font des dépenses sur leurs biens en faveur de leurs femmes (Sourate 4, verset 38).*

Pour mieux comprendre les mécanismes qui définissent l'écart entre les hommes et les femmes au delà des préceptes religieux, nous nous sommes intéressées aux représentations partagées par l'entourage comme les pratiques et les conduites prescrites aux petites filles et encouragées chez les petits garçons dès le plus jeune âge.

En milieu rural et semi-urbain, la naissance, même la première, n'est généralement pas fêtée de la même façon selon le sexe du nouveau-né. La naissance attendue d'un petit garçon est saluée par des yoyous, petits sons stridents exprimant des émotions intenses, tandis que le père : " *il va se consoler au café, s'il ne les a pas entendus* " (B1b)

Une informatrice principale de région rurale explique : " *...le troisième jour après la naissance du fils, le père a sacrifié un mouton et les voisins ont été invités....ce n'est pas la même chose pour une fille car elle partira* " (B4a).

En milieu urbain, les informatrices principales disent ne pas souligner différemment la naissance d'un garçon et d'une fille. Toutefois, une sage-femme, informatrice contextuelle pratiquant en milieu urbain, avoue que la naissance d'une fille, en l'absence de garçon à la maison, est toujours source de déception surtout pour le père. Par contre, quand il y a déjà des garçons, la petite fille est la bienvenue pour venir seconder sa mère et même la remplacer au besoin.

La période de l'allaitement recommandée dans le Coran est de deux années. Les informatrices principales expliquent qu'il était fréquent par le passé, de voir les garçons allaités plus longtemps que les filles, maintenant on ne fait plus cette différence. Toutefois, une informatrice principale de milieu rural, mère de jumeaux de sexe différent avoue que le garçon était habituellement allaité en premier et que la fille a été sevrée la première (W4). Ainsi on peut penser que l'apprentissage du renoncement pourrait se faire plus tôt dans certains cas.

Nous avons souvent observé de jeunes garçons qui se comportaient en véritables petits despotes avec leur sœur ou leur cousine, leur demandant très souvent de les servir :  
*" ....les garçons terrorisent leur sœur même aînée.... "* (Gabès 4).

Les mères démontrent d'ailleurs une grande complaisance avec les petits garçons. Ainsi un informateur contextuel explique : *" Ma mère ne me grondait jamais....je pouvais même me rouler par terre, ...faire le fanfaron.....on ignorait ce comportement "* (Bech).

Ceux-ci sont parfois fort exigeants, coléreux envers leur mère et leurs sœurs, comportements que les informatrices principales admettent : *" comme étant une preuve de virilité "* (K3a), (Gabès 6), (B3a).

Par contre, le petit garçon est plus souvent que la petite fille, sollicité de se redresser. Une informatrice principale explique : “ *L’homme tunisien doit être droit..... l’air autoritaire* ” (G 1b).

Toutes ces observations corroborent les résultats de l’enquête effectuée par une sociologue tunisienne à savoir que 83% des parents en Tunisie déclarent que la sœur doit obéissance à son frère (Cissé, 1994). C’est ainsi qu’un jeune garçon âgé de 13 ans, dont le père était absent, a refusé que nous rencontrions les femmes de la maison qui avaient manifesté le désir de discuter et d’être informatrices.

Selon la loi tunisienne, l’inscription à l’école est obligatoire pour tous les enfants mais l’inégalité sexuelle se fait sentir par une forte déperdition scolaire des informatrices principales vers l’âge de la puberté. En effet, la majorité des informatrices principales rencontrées tant en milieu rural, semi-urbain et urbain n’ont pas poursuivi leurs études au delà du primaire. Elles ont discuté, entre autres, des charges importantes que représentent pour la famille les frais de scolarisation des enfants. Comme le souligne une informatrice de milieu semi-urbain :

*Mon père est ouvrier, son salaire ne permet pas d’acheter les fournitures scolaires de tous les enfants; donc nous avons préféré arrêter les études des filles ainsi on peut aider à subvenir aux besoins de notre famille en travaillant dans les champs... (G1d).*

Les informatrices ont parlé très librement de leur rupture scolaire car l’obligation d’assumer des travaux domestiques et de soutenir leur frère fait suite à l’éducation reçue :

*....c’est normal pour les filles de notre âge... (W5).*

*C’est bien ainsi ...pour une fille....les garçons c’est plus important... (D1a).*

Les informatrices principales de tous les milieux ont discuté des responsabilités qui incombent au garçon comme chef de famille valorisant ainsi une meilleure instruction pour eux. Elles justifient cette affirmation en citant la règle islamique selon laquelle la femme n'a aucune obligation d'ordre économique : *“ que les hommes ont autorité sur les femmes en vertu de la préférence que Dieu leur a accordée et à cause des dépenses qu'ils font pour assurer leur entretien ”* (Verset 227, de la Sorate 11).

Une informatrice générale, jeune fille de milieu semi-urbain, raconte qu'elle et sa sœur ont travaillé aux champs pour aider aux dépenses liées aux études de leurs frères qui eux, au grand mécontentement de leur père, n'avaient pas réussi.

Le mariage constitue une norme sociale en Tunisie. L'institution matrimoniale a toujours fonctionné comme instrument de transmission de cette valeur de respect de l'autorité masculine. Comme le souligne un sociologue informateur contextuel : *“ Les femmes n'ont pas de place hors la famille. Elles ne peuvent donc que passer de la tutelle paternelle ou celle des hommes de leur famille à celle de leur mari. ”* (MEM).

Par son article 23, le Code du Statut Personnel Tunisien vient renforcer cette idéologie : *“ Le statut du chef de famille est accordé exclusivement à l'homme ”*

De cette déclaration découlent une série de conséquences pour les femmes tunisiennes. Elles doivent, conformément aux coutumes, remplir leurs devoirs conjugaux, respecter les prérogatives du mari et lui obéir (Salem, 1984). Ainsi, les informatrices principales se disent très souvent tributaires de la volonté des hommes.

*C'est comme cela...on doit respecter son mari si on veut être respecté..* (W6).

*C'est l'ordre des choses, une femme est heureuse quand elle respecte son mari...Dieu est satisfait... (K3B).*

Malgré la place importante que les informatrices principales occupent dans la production agricole et domestique, toutes les informatrices principales reconnaissent l'autorité du père et par le fait même du mari. De plus, les hommes sont reconnus comme détenteurs d'un grand pouvoir économique. En effet, les informatrices de milieu rural et semi-urbain disent bénéficier de très peu d'autonomie financière. Chaque fois qu'une informatrice principale de ces milieux a besoin d'effectuer un achat pour elle-même ou pour la maison, elle doit en faire la demande au chef de famille, soit son beau-père, soit son mari. Des informatrices principales de milieu rural se disent même incapables de gérer convenablement les finances du ménage :

*...mon mari connaît cela ..pas moi ...je préfère cela (W5).*

*Tout ce qui touche les dépenses de l'alimentation, l'habillement, l'ameublement, l'entretien de la maison...c'est mieux ainsi...c'est mieux que ce soit l'homme..... (B2a).*

*Ici les femmes n'ont pas de compte courant à la poste ou dans une banque...(B1a, B2b, B3a, B4).*

Par contre, même si elles reconnaissent que les grandes décisions en matière de budget domestique reviennent à l'homme, quelques informatrices de milieu urbain et semi-urbain, disent insister que le mari se consulte avec elles pour décider des dépenses de la maison, elles remettent en question le pouvoir absolu traditionnellement donné aux hommes et manifestent le désir de participer aux décisions touchant l'alimentation, l'habillement et autres dépenses courantes :

*...nous discutons..... nous avons un droit au chapitre... (Gabech 2d, Gabès 5).*

*...le mari ne peut faire à sa guise avec l'argent , nous pouvons dire quelque chose... (Gabch 2d).*

Il semble donc que, dans les familles rencontrées, peu importe le milieu, la maîtrise du pouvoir de l'argent appartient à l'homme. Il peut impliquer sa femme dans la gestion du budget comme il peut s'en charger tout seul. À lui seul revient la décision, perpétuant ainsi le modèle d'autorité patriarcale.

Les décisions en matière de santé ne s'éloignent pas de ce modèle d'autorité patriarcale. Les informatrices principales de tous les milieux ont spontanément voulu discuter de la contraception, le programme de Périnatalité étant le plus souvent associé au programme de Planification Familiale. Bien que le mari soit très souvent informé des pratiques contraceptives de sa femme, cette question constitue rarement un sujet de conversation entre eux, comme pour tout ce qui touche la sexualité.

Les informatrices principales de milieux rural et semi-urbain ont reconnu que leur mari était le plus souvent défavorable à cette pratique et qu'il était important d'obtenir son approbation.

*L'homme doit être d'accord... je ne peux faire cela seule... (K2d).*

*Je ne peux décider de la famille....seule.... (K3a).*

Une informatrice principale de milieu rural croit, à tort, que la loi oblige les femmes à obtenir le consentement de l'homme pour utiliser un moyen contraceptif (W5). Le ministère de la santé reconnaît que les régions rurales du sud de la Tunisie sont résistantes aux programmes de planification familiale en place.

Le respect de l'autorité des hommes est une norme socioculturelle généralisée mais plus prononcée dans la région rurale, importante à maintenir pour ne pas transgresser l'ordre établi.

### **Le respect de l'univers des hommes**

En milieu rural et semi-urbain principalement, deux univers séparés coexistent, celui des femmes de la maisonnée qui respectent celui des hommes. Très tôt, la jeune fille dort à l'écart des hommes et de ses frères. Elle doit respecter l'univers réservé aux hommes consciente de l'autorité et de la supériorité de ceux-ci : “ *..les femmes apprennent à craindre leurs frères, les femmes ont leur place à elles dans la maison, les hommes aussi.* ” (K2c).

Les repas sont très souvent pris séparément, les hommes généralement servis en premier. Chacun est enfermé dans le rôle qui lui est prescrit dans la famille. Cette ségrégation entre hommes et femmes ne laisse guère de place au dialogue et à une intimité. Des informatrices de milieu rural expliquent :

*..jamais dans la journée, mari et femme ne se trouvent seuls... (W4).*

*..il ne convient pas qu'un homme recherche et se tienne en compagnie de femmes... (K2b).*

*..par respect...l'homme ne parle pas à sa femme ou aux enfants devant les aînés... (W4).*

À plusieurs reprises, lors de conversation animée, nous avons été saisies par le silence respectueux qui marquait une approche masculine. De plus, il nous a toujours fallu parler séparément aux hommes et aux femmes en milieu rural et semi-urbain, au mari et à sa femme en milieu urbain. Les discussions que nous

avons pu avoir avec des hommes eurent lieu toujours dans un endroit public ou dans la pièce réservée aux hôtes et aux hommes; alors qu'avec les femmes, nous avons passé de longues heures dans des maisons vides d'hommes.

Entre époux, il nous semble n'y avoir qu'une coopération hiérarchisée au service du patrilineage, dans des activités exécutées séparément dans des lieux bien distincts, l'épouse parmi les femmes, le mari parmi les hommes, dans le plus grand respect des normes hiérarchiques de la famille.

Le couple, tel qu'on le connaît dans l'idéologie occidentale, ne constitue pas un univers en soi dans l'espace familial rural et semi-urbain du sud de la Tunisie, car selon un informateur contextuel : “ *il n'a de réalité que dans sa finalité procréatrice* (BM).

Des informatrices principales d'une famille de milieu rural expliquent que l'usage réciproque des prénoms entre conjoints est très souvent mal vu. Donc pas de personnification, seulement des rôles. Ainsi, nous avouent-elles que l'homme est pour son épouse “ *lui ou l'homme* ” et pour le mari, la femme est “ *elle ou la femme* ” ou encore “ *la vieille* ”, au mieux “ *la mère de mes enfants* ” (B3b, W4, K2).

Toutefois, il semble qu'avec le temps, une forme de couple peut exister qui lie des parents mais non des partenaires égaux qui partagent un univers commun. Des informatrices soutiennent qu'avec les années :

*les maris deviennent plus proches de leur femme...(Gabch1).*

on voit plus un père, une mère qui vivent ensemble. (Gabès 2)

Les informatrices principales de tous les milieux disent ne pas voter ou participer à des réunions publiques à caractère politique qui appartiennent plus à l'univers des hommes :

*Ce n'est pas la place des femmes...ici la femme ne participe pas à ces choses... les hommes se réunissent ...c'est leur affaire (G2f).*

*Notre part (contribution) n'est pas là...les femmes s'occupent de la maison... (Kic).*

*...Il n'y a pas de femmes qui se présentent à ces réunions ...aucune femme aux élections....ce n'est pas pour nous.. nous n'avons pas le temps, ce n'est pas notre place..c'est mal vu. (K3b).*

*...Nous n'avons pas le temps et ça ne nous intéresse pas.. (G2c).*

Les informatrices ont avoué qu'elles émettaient très rarement leur opinion publiquement concernant les services de santé offerts, se percevant incompetentes pour porter un jugement dans ce domaine qui appartient à l'univers des hommes.

La vie associative et politique est exclue de l'univers des informatrices principales. Nous avons constaté, dans ces milieux, qu'il existe très peu de femmes politiquement engagées qui pourraient refléter un autre modèle et qui inciteraient les femmes à revendiquer des services ou à s'impliquer dans l'amélioration de la qualité de certains programmes offerts. De même, les associations d'intérêts collectifs existant dans les milieux visités sont essentiellement masculines.

Des informatrices contextuelles offrent un point de vue supplémentaire quant à l'absence des femmes dans les espaces publiques. Depuis quelques années, la crainte de l'intervention policière est très présente parmi les femmes. Un informateur contextuel

révèle que : “ *On ne peut nier une réalité marquée par un étouffement croissant des libertés fondamentales* ” (Hic).

En effet, on ne peut que soulever le contraste entre le discours des informatrices qui reflète un système social différent des valeurs véhiculées par le discours politique officiel en Tunisie à savoir, la démocratie, le pluralisme, la liberté d’expression, la liberté d’association. En démontrant un engagement public, des femmes de cette région de la Tunisie très proche des frontières algériennes, disent avoir peur d’être associées au mouvement islamiste.

Pour les informatrices, l’univers des hommes est considéré public tandis que l’univers de femmes est privé. En tout temps, respecter l’univers des hommes constitue pour ces femmes une norme socioculturelle qui ne doit pas être transgressée afin de protéger leur santé.

### **Le respect de l’autorité des belles-mères**

Dans ce contexte où l’importance de la logique patriarcale de domination des hommes sur les femmes est affirmée, nous avons pris conscience que dans la famille, une catégorie de femmes, les belles-mères, occupent une place privilégiée dans l’ordre hiérarchique familial.

La fonction essentielle des femmes au service du patrilignage est de procréer des enfants qu’elles auront à élever pour en assurer la continuité. Ainsi, les informatrices affirment que grâce aux enfants qu’elles mettent au monde, elles peuvent être vraiment stabilisées et respectées dans leur nouvelle famille.

*...que fera de moi, monsieur Mohamed si je ne peux avoir d'enfants...* (D1a).

*..une femme sans enfant , c'est rien.. le mari peut divorcer. (G2A)*

*...si c'est l'homme qui est stérile..on doit le taire...je dois m'arranger pour devenir enceinte... (Gab4).*

C'est bien en tant que mère que la femme fait en quelque sorte son entrée dans la société du sud de la Tunisie. Comme l'affirment des informatrices principales :

*...quand on a des enfants, on est reconnu et respecté par le mari.....par la famille (K1c)*

*...il n'y a pas d'autre état convenable pour une femme que d'être mère (B4)*

*...les enfants attachent la femme... (Gabès 2)*

Toutes les informatrices principales, mais de façon plus importante en milieu rural et en milieu semi-urbain, ont souligné l'importance d'être mère de garçon :

*...avoir un garçon, c'est un tournant dans la vie...(D1a)*

*...on ne peut pas bien vieillir sans un garçon....j'ai huit filles et je continuerai à avoir des grossesses aussi longtemps que je donne naissance à un garçon.... (W2)*

*...une femme ne peut pas s'épanouir dans la famille sans avoir un garçon....(G2a)*

*Une femme peut être divorcée si elle ne peut avoir de garçons.. (Ks 3)*

Des informatrices générales et contextuelles expliquent que chaque femme, avançant en âge, ne peut progresser dans la hiérarchie au sein du groupe de femmes qu'en cumulant les rapports d'autorité sur ses filles, puis sur ses belles-filles et aussi sur ses petites-filles. Chaque femme, pourvu qu'elle soit mère de garçons, gravit ainsi une pyramide au sommet de laquelle prend place la maîtresse de la maison riche de nombreux

fil, avec leurs femmes et leurs enfants, cumulant ainsi les fonctions de mère, de belle-mère et de grand-mère.

Selon les informatrices principales, un phénomène démographique complexifie l'expérience des femmes. L'augmentation de la longévité vient prolonger la durée de cohabitation, du moins celle de la fréquentation des générations. Les mères demeurent ainsi plus longtemps présentes au foyer, ou à proximité de leur fils marié, laissant ainsi peu de place aux brus.

La jeune femme de milieu rural a plus de contacts avec sa belle-mère, au sein du groupe de femmes, qu'avec son mari ou les hommes de la maison qui sont plus souvent à l'extérieur. En effet, les hommes sont exclus de toutes les tâches jugées spécifiquement féminines et, aux dires des informatrices, il est mal vu que l'homme occupe l'espace domestique en dehors des repas et de la nuit, c'est contraire au code de conduite. Il est donc fréquent d'observer les hommes se rendre au café du village après les repas. Ce qui laisse le champ libre aux femmes et plus particulièrement à la mère de famille qui règne sur l'espace domestique.

Les belles-mères exercent un pouvoir indiscuté d'organisatrice, de contremaître du travail domestique et de surveillance de la conduite des femmes, un pouvoir reconnu par les hommes. Les tâches domestiques se trouvent partagées entre toutes les femmes mais réparties inégalement selon les rapports hiérarchiques. À la mère la plus âgée revient le rôle d'organisatrice et de répartitrice des tâches. Les belles-filles, les jeunes filles ou fillettes non mariées sont placées sous son autorité. Le petit ménage et la vaisselle sont souvent confiés aux fillettes. L'approvisionnement en eau qui peut conduire dans la

campagne, hors de la maison, à la fontaine plus ou moins lointaine est réservé aux jeunes filles qui sont le plus souvent accompagnées par des femmes plus âgées. Les gros travaux ménagers reviennent de préférence aux belles-filles, de même que les travaux aux champs. Les tâches jugées plus nobles comme certains plats cuisinés à l'occasion des fêtes sont réservées à la belle-mère.

Dans toutes ses activités, la bru doit tenir sa place sous la surveillance et la direction de sa belle-mère. Elle ne doit pas s'attarder lorsqu'elle va à la fontaine ou aux champs. Elle lui fait goûter ses préparations culinaires. Si la belle-mère rentre chargée, elle l'aide à poser son fardeau. Elle fait chauffer de l'eau pour ses ablutions lorsqu'il fait plus froid. Elle lui lave ses vêtements, elle lui offre en premier, hors la présence des hommes, les verres de thé ou de café. Aucun déplacement n'est effectué sans le consentement de la belle-mère. Ainsi, elles doivent lui demander l'autorisation pour tout déplacement, comme se rendre au hamman ou pour visiter la famille.

Si la dyade mari-épouse occupe peu de place dans l'univers familial, la dyade mère-fils représente une réalité importante selon un informateur contextuel (Ma). En effet, dans les familles rencontrées, le pouvoir des mères s'étend aussi à ses fils. “ *le fils doit respecter sa mère ...c'est écrit dans le Coran..* ” (B1b)

À titre d'exemple, la mère des garçons joue un rôle clé dans la négociation du mariage. Une belle-mère, informatrice générale de l'étude explique :

*...Qui peut mieux juger une femme qu'une autre femme....? (R 2)*

*...Il importe de choisir une bonne travailleuse...une bonne mère (Ca)*

Ainsi, une informatrice principale explique que lorsqu'une femme entre dans sa nouvelle famille, elle a affaire non seulement à son mari mais à la dyade mère-fils très importante : *“ Dès que je suis devenue enceinte, ils (la belle-mère et le mari) n'ont plus mis les clés....je me sentais faisant partie de la famille...je me sentais plus libre ” (K3a).*

Une informatrice générale raconte que son mari a demandé le divorce à l'instigation de sa belle-mère même si, selon elle, aucun problème n'existait entre eux. Les causes de conflit évoquées étaient le manque de soumission, de serviabilité et de savoir faire. Une autre belle-mère, informatrice générale explique : *“ Il vaut mieux se séparer rapidement d'une bru qui ne fait pas l'affaire avant que les enfants ne la fixent .... ”(BM)*

En effet, il semble que lorsque la bru devient mère à son tour, l'autorité de la belle-mère s'en trouve limitée et la nouvelle mère gagne ainsi en stabilité.

Les informatrices de milieu urbain vivant en famille nucléaire disent toujours subir l'influence de leur belle-mère même si elle ne vit pas dans le même logement. Elle continue de régner de façon très subtile sur la maisonnée grâce à ses fils et impose en quelque sorte une autorité à ses brus. *“ La mère est toujours là.....on doit travailler comme elle.....prendre soin des enfants comme elle.....faire la cuisine de telle façon.... ” (Gab4).*

Le respect de cette hiérarchie entre les femmes influence de façon très importante les décisions en matière de santé. Lorsqu'il s'agit de consulter un service de soins professionnels, l'opinion de la belle-mère est avant tout respectée. Ainsi une belle-mère, informatrice générale de notre étude explique :

*Il faut que la femme de mon fils m'obéisse, c'est notre coutume...les grands-parents décident.....quand je vois que la femme n'a pas d'anémie, de varices ...que la grossesse est normale...ce n'est pas nécessaire la consultation...la grand-mère, c'est un docteur (Sa).*

Des informatrices soutiennent : “ *Les femmes les plus âgées ont l'expérience...on doit les écouter...* ” (G1f). Ne pas respecter les belles-mères signifie, pour les informatrices, transgresser la norme socioculturelle et menace la santé des mères à la période prénatale.

Les informatrices principales de milieu rural et semi-urbain ont bien démontré qu'elles adhèrent au système de représentations liées aux rôles et statuts des femmes en société patrilignagère qui exigent le respect de la hiérarchie familiale pour maintenir un bien-être et la santé à la période prénatale. Par contre, nous avons constaté qu'en milieu urbain, il existe une volonté chez des informatrices principales de vouloir construire cette dyade relativement nouvelle dans cette région de la Tunisie; le couple. Même si elles respectent les valeurs attachées à la tradition, elles verbalisent facilement le poids imposé par celle-ci. Elles disent vouloir négocier des changements dans la hiérarchie traditionnelle. Les informatrices principales de ces milieux désirent plus que tout, accéder à un logement autonome, éloigné de la famille élargie.

*...Nous avons moins d'argent mais nous faisons ce que nous voulons....j'ai ma propre cuisine... (Gabch2).*

*...Ce que je souhaite le plus...c'est avoir ma maison...(Gabès3).*

*...la liberté c'est ce qu'on veut le plus...mais ça ne veut pas dire qu'on ne prend pas soin des parents..non..mais on veut vivre (G1d).*

Par contre, elles déplorent le fait que l'homme ne soit pas plus présent dans l'espace domestique pour partager certaines tâches : "*...Je voudrais que mon mari reste à la maison le soir ...s'occupe des enfants...* " (Gabès2) ou s'il aide un peu dans la maison, dès que ses parents sont présents, il se conduit : "*... en maître et ne fait rien* " (Chot Ess2) .

Elles voudraient vivre une intimité avec leur conjoint mais, le plus souvent, elles disent se buter à une mentalité traditionnelle chez les hommes. Des informatrices principales émettent certaines hypothèses d'explication :

*..depuis qu'il est tout petit on lui dit qu'il peut faire ce qu'il veut.....qu'il peut jouer...(Gabech 2b).*

*..qu'il est normal pour le garçon d'aller dehors... (G2b).*

Nous avons observé comment la télévision, la radio et les autres médias occupent une place importante dans l'univers des informatrices des milieux urbains et par le fait même, une image du couple très différente leur est transmise. Les informatrices principales de ces milieux verbalisent plus librement ce décalage de comportements entre leur propre culture, la tradition et la culture occidentale.

*...on souhaite faire un couple comme on peut voir ailleurs... mais comment est-ce possible de l'envisager alors que depuis qu'il est tout petit, sa mère lui enseigne qu'il est le meilleur.. le plus grand.... qu'il ne doit pas être dans la cuisine " (Gabès 5).*

Même si l'influence de la belle-mère est importante, ces femmes qui aspirent à vivre selon le concept occidental de couple, souhaitent organiser elles-mêmes les travaux domestiques :

*...Elle peut donner son avis, je ne dis rien mais c'est moi qui décide....je respecte ce qu'elle dit..(Gabès4)*

*...Je vis avec ma belle famille...c'est difficile....l'idéal c'est d'avoir deux cuisines...j'aimerais préparer ma propre cuisine...je veux partager et respecter ma belle-mère, mais je veux décider ce que je prépare...(Gabch1c).*

Des hommes de milieu urbain, informateurs contextuels, disent être sensibles à ce problème que peut poser une mère intervenant à distance ou présente au foyer et redoutent toujours les conflits entre leur épouse et leur mère.

*...on y pense toujours ...notre mère est là et c'est normal ici....mais c'est difficile....on doit lui faire une place..on doit la respecter c'est la règle (Bec).*

*...notre mère vieillit ...on doit en prendre soin....souvent notre père n'est plus là.... c'est parfois difficile pour les femmes mais c'est comme cela pour leur mère et pour elles aussi quand elles vieilliront (Ar).*

On peut ainsi voir très souvent en milieu urbain, où l'espace d'habitation est plus restreint, les hommes qui évitent ces discussions et la tension domestique qui en découle, en sortant de la maison et passant les soirées au café. Selon un informateur contextuel :

*“ il s'agit d'une fuite autorisée par la tradition qui encourage la vie sociale des hommes hors de la maison ” (Mar).* Cette fuite ne semble qu'augmenter la ségrégation et l'absence de la vie domestique d'un mari. C'est pourquoi, des informatrices principales de milieu urbain verbalisent des frustrations qui découlent du décalage entre : *“ ce que nous voulons vivre et les vieilles pensées qui nous guident encore.... ” (Gabch3).*

Des informatrices principales de milieu urbain qui ont un travail rémunéré disent décider d'elles-mêmes d'une méthode de contraception après en avoir discuté avec leur mari. De même, concernant les expressions de soin, certaines

disent consulter la famille pour demander des conseils mais prendre elle-même des décisions qui semblent répondre le plus à leurs besoins à la période prénatale, comme le fait de consulter un professionnel de la santé pour soulager des malaises ou d'acheter une meilleure qualité d'aliments.

Au gré des contacts avec les valeurs occidentales véhiculées par les différents média, les femmes des milieux urbains assimilent certaines de ces valeurs et par le fait même, un processus d'acculturation est entamé. Parfois, le manque de correspondance ressentie entre les aspirations des informatrices principales très souvent à l'exemple des cultures occidentales et l'état actuel des rôles hérités des cultures patrilignagères contribue à diminuer de façon importante la qualité de vie qu'elles souhaitent.

Les significations de soins génériques s'inscrivent en continuité avec cette valeur importante de respect de l'autorité hiérarchique familiale. Pour des femmes de la région du sud de la Tunisie, le soin générique à la période prénatale signifie : Obtenir la protection de Dieu et des Saints, maintenir l'honneur de la famille, respecter l'éthique de travail des femmes, augmenter et maintenir ses forces physiques et vivre en harmonie avec son environnement.

Puisque l'analyse des données de cette étude est inspirée par les phases décrites par Leininger (1985), des thèmes de signification appuyés par les patterns d'expression et leurs descripteurs sont présentés. Cette séquence permet au lecteur de suivre le processus analytique (voir tableau V1).

Tableau VI

## LES SIGNIFICATIONS ET LES EXPRESSIONS DE SOINS GÉNÉRIQUES

Significations	Expressions
Obtenir la protection de Dieu et des saints	Satisfaire les envies Prier et s'entourer d'objets religieux Porter des fétiches et des talismans Exécuter des rites protecteurs Exorciser le mauvais oeil Faire des offrandes lors de pèlerinages
Maintenir l'honneur de la famille	Se soumettre à un code de conduite Éviter les déplacements inutiles
Respecter l'éthique de travail des femmes	Se partager les tâches entre femmes
Augmenter et maintenir ses forces et ses capacités physiques	Manger des aliments fortifiants Consommer du charbon de bois ou de l'argile
Vivre en harmonie avec son environnement	Se conforter par la présence des femmes de la famille Éviter les émotions fortes, éviter des substances tabous Éviter de prendre froid.

**Obtenir la protection de Dieu et des saints**

La vision du monde réfère à la manière avec laquelle les personnes perçoivent, interprètent et donnent un sens à leur expérience (Kottak, 1991; Leininger, 1970).

Plusieurs expressions de soins génériques découlent d'une vision du monde magico-religieuse. Cette vision du monde domine et influence fortement toutes les dimensions socioculturelles de l'expérience de soins prénatals de femmes du sud de la Tunisie. Les informatrices principales ont accepté de nous démontrer qu'elles connaissent bien les règles

qui régissent cette vision du monde à la période prénatale et qui s'appliquent à l'accouchement et à la période postnatale.

Les expressions de soins génériques qui font appel à la protection de Dieu et des saints sont tissées de croyances musulmanes et de croyances animistes de la tradition populaire, lègue de grandes civilisations; punique, romaine, phénicienne, berbère, arabe et européenne. Il faut comprendre que, de tous les temps, en Tunisie comme ailleurs dans les pays riverains de la Méditerranée, une place privilégiée est faite à la fécondité dans les rites traditionnels qui découlent de la mythologie. Différents cultes grecs, romains et carthaginois sont évoqués pour célébrer la maternité, la fécondité et protéger les mères.

À de multiples occasions, nous avons observé des rites propitiatoires de fécondité qui découlent de cette tradition. Lors des cérémonies de préparatifs au mariage, nous avons participé aux rites du henné aux mains de la future mariée (voir Annexe IV, photo 15), aux rites d'entrée dans la maison des parents du mari. Il s'agit, selon un informateur contextuel, de bons exemples de syncrétisme de rites anciens de bon augure, de protection et de fécondité, rites sacralisés par la foi musulmane.

Si les rites et les mythologies réservent une place de choix à la protection de la fécondité et aux mères, à l'instar des autres grandes religions, la religion islamique s'accorde à reconnaître ce rôle indispensable aux femmes et selon une informatrice principale : “ *le plus souvent à l'exclusion de tout autre rôle* ” (Gabès 6). Tous les aspects de la vie des femmes sont empreints des préceptes de l'Islam, déterminant leur rôle et leur statut dans la famille et la société. Ainsi, les informatrices principales justifient leurs comportements les plus élémentaires en citant des versets du Coran; le plus souvent

de la Sourate 1V intitulée “ Les femmes ”. Comme le soulignent des informatrices principales :

*...Le Coran a tout prévu, il ne laisse pas de point dans le vague, tout est organisé....il nous facilite la vie, fait du bien.....tout est, soit blanc, soit noir (Gabès1).*

*...La religion musulmane dit tout, si on la pratique nous n'avons pas d'ennui....elle nous dit combien de temps allaiter...tout est là (B2a).  
..Tous les gestes que l'on fait, c'est grâce à Dieu, si vous êtes là, c'est grâce à Dieu, on est protégée (Gabch 1a) .*

L'Islam accorde aux femmes enceintes un statut particulier puisque l'opinion générale de tous les informateurs et informatrices de l'étude juge que la grossesse est l'équivalent du jihad, le combat pour la foi. En effet, les femmes enceintes travaillent à l'élargissement de l'umma, la communauté des croyants et par le fait même, elles sont bénies et protégées par Dieu, comme l'affirment des informatrices principales :

*...Nous sommes complètement détachées, (des problèmes)... étant bénies de Dieu et protégées par lui (G2a).*

*...Une femme morte en couches gagne aussitôt le Paradis à l'égal des hommes tués à la guerre sainte (Gabes 7).*

*...Être enceinte, c'est comme le jeûne et la prière (G2f).*

Plusieurs hadith , traditions rapportant les faits, les gestes et les paroles du Prophète, relevées par des informatrices principales, concernent l'importance de la maternité et des mères :

*...Vous devez prendre une femme féconde et aimante (Gabch 1a).*

*...La meilleure des épouses est celle qui enfante beaucoup et hérite son mari (W6).*

*...Le paradis est sous le talon des mères (G2a).*

En effet, plusieurs informatrices avouent que l'espérance de toute femme du sud de la Tunisie qui vient de se marier est celle d'être mère.

*...La gloire de la femme ici, ce sont les enfants (W4, Gabch 3).*

*...Avant tout, l'épouse.... c'est elle qui fait des enfants (Gabès3).*

*...Toute la famille attend cela de la nouvelle épouse (Gabch 2a).  
Une femme n'est pas une femme à part entière, si elle ne donne pas naissance (G1g).*

*Il est dit dans le Coran que les enfants sont les fleurs de la vie... (B4).*

Même si la grossesse valorise les femmes, celles-ci se perçoivent le plus souvent comme ayant un rôle second dans la conception, l'homme étant le créateur : *“ Le prophète le dit...la femme est comme la terre qui reçoit la semence ” (B3a) (G1f).*

Une informatrice cite un texte sacré : *“ Vos femmes sont un labour pour vous. Venez à votre labour, comme vous le voulez et œuvrez pour vous-mêmes à l'avance! ” (11. La Génisse, 223)*

Par cette homologie entre le mariage et le labour, la fécondité féminine et la fertilité de la terre, les croyances religieuses viennent renforcer cette image partagée par des informatrices, celle de réceptacle de la semence confiée par le mari. Sa tâche est d'abriter en son ventre cette semence, le temps de la gestation nécessaire à son développement. Cette signification donnée au sperme de l'homme est très puissante; elle renforce la croyance partagée par les informatrices que seules les femmes sont responsables des causes de l'infertilité ainsi que de toutes les complications qui peuvent survenir en cours de grossesse et pendant l'accouchement.

Même si la grossesse et l'accouchement sont considérés comme une expérience normale de la vie des femmes, un état béni de Dieu, les informatrices de la région du sud de la Tunisie et l'enfant qu'elles portent, se perçoivent vulnérables et à la merci de forces supérieures hors de leur contrôle. Elles font état de risque de nature spirituelle qui a trait à leur sécurité et celle de leur enfant surtout à la période périnatale. Toutes les informatrices discutent de l'importance de la protection des saints contre l'action maléfique de mauvais esprits, les djinn. De même, la croyance au " mauvais œil " qui, selon des informatrices principales, se définit comme étant :

*...Une personne envieuse (W4, W6, Gabès5, D1a).*

*...Une parole dite trop forte ( B3a).*

*...Il y a des femmes, surtout des vieilles femmes qui sont connues dans le village pour provoquer le mauvais œil donc il ne faut pas sortir... (K4).*

*...C'est la même chose ..quand un femme regarde des dessins animés...son bébé peut naître comme eux.....ça peut être le mauvais œil (K3b).*

Selon un informateur contextuel, la croyance au mauvais œil est une des plus anciennes et des plus répandues en Tunisie. On retrouve les constantes suivantes qui sont communes à toutes les régions : un pouvoir qui vient non seulement de l'œil mais aussi de la bouche et frappe une autre personne, la blessure engendrée est soudaine, la personne qui porte le mauvais œil peut ne pas en être consciente, la personne qui en est affligée peut ne pas connaître la source, la blessure causée par le mauvais œil peut être prévenue ou guérie par des rituels et des symboles, transgresser une norme sociale peut provoquer le mauvais œil.

Le mauvais œil et les mauvais esprits expliquent la nature, les causes et les conséquences de la plupart des complications de la grossesse et de l'accouchement tant chez la mère que chez le bébé. À titre d'exemple, il est important de ne pas faire de compliments ou d'exprimer de l'admiration à la vue du nouveau-né, de crainte d'attirer le mauvais œil. Une informatrice principale explique qu'elle ne pouvait allaiter son troisième bébé qui venait tout juste de naître parce que sa belle-mère avait dit une parole à l'annonce de cette grossesse, parole qui a suscité le " mauvais œil " et provoqué ainsi le manque de lait maternel (voir Annexe IV, photo 16) : "*Ma belle-mère m'a dit....Vous emplissez la maison comme une chèvre....* " (K 3b). Une autre informatrice explique qu'une voisine a provoqué son avortement spontané. Cette voisine, qui n'avait pas pu avoir d'enfant, avait visité la famille au cours du premier trimestre de la grossesse. Son regard était : "*celui d'une femme envieuse.....* " (K1c).

Ainsi, toutes les informatrices de l'étude ont verbalisé sur cette dimension subtile et invisible inhérente à tous les êtres humains, selon laquelle une action bénéfique ou maléfique peut être exercée lors de la grossesse et sur laquelle, elles n'ont aucun contrôle. Cette tendance à la pensée fataliste est renforcée par la religion islamique. En effet, l'expression bien connue et fréquemment employée Inshallah signifie l'importance, pour tout musulman, de s'abandonner à la volonté d'Allah.

Tout un climat magico-religieux implorant la protection de Dieu et des Saints entoure les informatrices du sud de la Tunisie à cette période de la vie. Toutes les manifestations auxquelles les femmes enceintes peuvent se livrer pour demander la

protection de Dieu et de Saints sont acceptées par tous les membres de la famille et donnent lieu à des rites et pratiques prévus par la religion ou la tradition.

Les expressions de soins génériques qui visent à obtenir la protection de Dieu et des Saints sont : satisfaire les envies, prier et s'entourer d'objets religieux, porter des fétiches et des talismans, exécuter des rites protecteurs, exorciser le mauvais œil et faire des offrandes lors de pèlerinages. Ces expressions de soins génériques se distinguent par l'arrière plan spirituel certes, mais aussi par l'aspect collectif et cérémoniel.

### **Satisfaire les envies**

La maternité, état béni, signifie par le fait même un espace d'expression important pour les informatrices principales de l'étude. On lui reconnaît ainsi une place dans un rôle des plus valorisés. Pour quelques mois, objet d'attention, elles se disent toutes comblées par cet état gratifiant, elles peuvent, pour la plupart, cesser de réprimer leurs envies puisqu'on l'y incite presque, au moins, on l'autorise à s'exprimer. Des informatrices principales soulignent : *“ c'est le moment où jamais pour nous, de manifester des caprices surtout lors des premières grossesses ”*(Kid), (Dia), (W1), (Gabch2b). Pour les informatrices principales, ces envies se manifestent le plus souvent en regard de la nourriture : *“ Le bébé pourrait avoir des taches de naissance de toute forme... comme une fois j'ai vu des raisins...j'en avais envie..mais je n'ai pu en avoir...mon bébé est né avec une tache en forme de raisin ”* (Gabech2a).

Une informatrice principale explique la cause de l'avortement spontané de ses jumeaux en racontant :

*...J'avais vu des dattes chez la voisine, je désirais très fort ce goût....et on ne me les a pas offertes,... j'ai perdu mes jumeaux...la quabla (matrone) m'a expliqué qu'ils avaient la bouche ouverte... mon envie n'avait pas été comblée...je n'étais plus protégée par les saints (K3b).*

Ces envies sont, pour la plupart, exaucées au plus vite afin de protéger l'enfant de tout préjudice.

### **Prier et s'entourer d'objets religieux**

Dans chaque maison, on peut observer divers objets, symboles de piété et de protection. Des grands cadres dorés où on peut lire des versets coraniques calligraphiés, des petits tapis de prières appelés aussi “ mosquées ”, des chapelets composés de 99 perles symbolisant les 99 noms d'Allah sont disposés bien à la vue. Ces symboles religieux ont pour effet de : “ *protéger tous les membres de ma famille et le bébé que je porte* ” (K3a). La prière prescrite par la religion musulmane apporte aussi un réconfort en tout temps : “ *Je prie quand je travaille, quand je me repose ...j'ai l'esprit tranquille... je me sens bien* ” (w1).

Les quablas, le terme vernaculaire employé pour désigner les matrones, utilisent les prières dans les rituels de soins dispensés lors des accouchements traditionnels à la maison. Selon une informatrice principale : “ *les encouragements et les prières de la matrone nous aident, font avancer le travail, nous protègent* ” (K2b).

Une matrone que nous avons rencontrée explique ces rituels : “ *.....j'implore Sidi Abdalla Boujlida, sidi Touay...les paroles du Coran sont importantes pour les femmes..ça aide au travail...* ” (BS).

Les objets religieux associés à la prière représentent une expression de soin générique importante qui favorise le bien-être et la santé des mères et de leur enfant.

### **Porter des fétiches et des talismans**

Nous avons observé les fétiches et des talismans portés par les informatrices principales : le petit piment rouge, la corne de gazelle, les arêtes de poissons cousues sur les vêtements, les petits poissons, les mains de Fatma ou khamsa, les paroles du prophète écrites sur une pièce de tissu, un petit Coran que l'on place sous les matelas, les petits cadenas, attachés à la ceinture pour se protéger des avortements spontanés provoqués par le mauvais œil (voir Annexe IV, photo 17). Les fétiches et les talismans ont pour fonction d'éloigner les esprits maléfiques et le mauvais œil.

### **Exécuter des rites protecteurs**

Les informatrices principales exécutent des rites pour mériter la protection des bons esprits et éloigner le mauvais œil comme le caméléon égorgé le jeudi et brûlé le dimanche, l'encens que l'on brûle, le sel jeté dans le feu, la passoire que l'on agite et qui filtre le mauvais œil. Une matrone traditionnelle raconte :

*...pendant l'accouchement, il faut toujours être accompagnée par d'autres femmes et faire brûler des parfums pour se protéger du mauvais œil...*

*...si l'accouchement est trop facile ou trop difficile...c'est souvent le mauvais œil.. il faut faire brûler beaucoup d'encens.*

*...le placenta est enterré avec un peu de sel pour éloigner le mauvais œil.*

### **Exorciser le mauvais oeil**

Certaines pratiques reconnues pour leur effet protecteur sont recommandées comme la consultation de femmes et d'hommes dotés d'un pouvoir surnaturel. Pour chacune des régions, des femmes appelées azzama, sont connues pour leur pouvoir d'exorciser le mauvais oeil

Nous avons rencontré une femme de la région de Tataouine qui nous a démontré ce rituel constitué de bâillements, d'appels aux amis du prophète et d'inhalation d'un mélange d'herbes et d'encens préparé par elle (voir Annexe IV, photo 18). De même, des hommes, reconnus pour leur pouvoir de prémonition et de communication avec les djinn, sont consultés, principalement dans la région de Ghannouche, milieu semi-urbain. Les pratiques de ces personnes sont des plus respectées par la communauté. Selon les informatrices, les pouvoirs qui leur sont attribués, proviennent de Dieu.

### **Faire des offrandes lors de pèlerinages**

Des pèlerinages et des offrandes sont aussi recommandés pour implorer la protection de Dieu et des Saints. Selon des informatrices principales, ces rites constituent:

*...une façon de prendre soin de notre bébé..de le protéger. ( W4, Gabès 5, K2a)*

*...une manière de prier pour être protégée .... (Gabch 2b)*

*..nous apaise et nous permettent de mieux travailler en toute tranquillité....(B3b)*

C'est ainsi qu'un vendredi, nous avons accompagné des informatrices à une visite pieuse à un zaouias, sanctuaire d'un saint de la région de Tataouine, Sidi Abdalla Boujlida.

Le sanctuaire de Sidi Touay près de la ville de Ben Guerdane est aussi fréquenté le jeudi. Les femmes de la région de Gabès se rendent à Sidi Haoualeloued et Sidi Khadhar à Djara. Nous avons observé certaines femmes qui n'avaient pas d'enfant ou avaient perdu un bébé, la waâda, l'offrande au saint était prétextée. Pour des femmes enceintes et des mères, croyantes en la vérité de ce saint, la protection était implorée. Ainsi ces femmes maquillées et parées de leurs plus beaux atours dansaient au rythme du darbouka, petit tambour tunisien. Le thé était préparé et servi avec le plus grand rituel. Ce rite religieux découle de la tradition africaine selon un informateur contextuel (*Ca*). Nous n'avons pu que constater le plaisir et le bonheur de nos informatrices de se retrouver entre femmes et ressentir nous-mêmes une expérience de détente hors du commun.

Geertz (1973) soutient que tous les humains ont la capacité de vivre avec un certain degré d'ambiguïté, d'incohérence et d'inconfort mais personne ne peut tolérer le chaos suscité par des événements inexplicables (p.101). Cette vision magico-religieuse du monde, partagée par des femmes du sud de la Tunisie, offre une certaine assurance qu'il existe un ordre dans la vie en dépit de la souffrance, des contradictions et des ambiguïtés morales. Implorer la protection de Dieu et des Saints offre ce réconfort aux informatrices.

### **Maintenir l'honneur de la famille**

Le maintien de l'honneur de la famille représente une valeur importante qui influence la santé des mères. Se soumettre à un code de conduite et éviter les déplacements inutiles constituent des expressions de soin qui visent à maintenir l'honneur de la famille.

### **Se soumettre à un code de conduite**

Les informatrices disent accepter de se soumettre au code de conduite qui leur est prescrit dès leur puberté. Cette expression de soin facilite l'harmonie dans la famille, maintient l'ordre établi et favorise ainsi le bien-être et la santé des mères. Les filles de tous les milieux sont socialisées très jeunes à se soumettre étroitement à un code de conduite très strict de façon à protéger l'honneur de leur famille où elles vivent à titre provisoire puisque destinées à sortir de la famille pour être intégrées à une autre :

*...tout le poids de l'honneur retombe sur la fille.. (D1c).*

*...notre famille sera jugée quand nous partirons...(B3a).*

Ce sont les mères qui ont le devoir de socialiser les fillettes à leur rôle. Une informatrice principale explique : “ *La fille mal élevée ne fait que des sottises qui retombent sur la mère..* ” (Gabès 4).

Les mères initient donc très tôt les filles aux règles de conduite des femmes de cette région de la Tunisie : “ *la fille doit apprendre plus que le garçon à être docile, on lui donne des conseils du matin au soir* ” (K 2b).

La fille doit observer un code de politesse propre aux femmes :

*...être respectueuse, connaître les formules de politesse convenables lors d'un départ, comme après avoir mangé ou bu... (W4)*

*...ne pas se montrer bavarde....ne pas se mêler des affaires de la famille (D1c).*

Dès la sixième année, sa mère lui apprend les travaux ménagers et des informatrices principales avouent :

*...Nous ne sommes jamais complimentées... ni remerciées (G1d), (G1f), (B3b).*

*...Plus tard , on remerciera notre mère.....on trouvera un bon mari (D1b).*

Elles sont donc en apprentissage et la fille doit ainsi être reconnaissante à sa mère de bien lui enseigner le code de conduite qui lui permettra de se faire choisir et apprécier par une autre famille.

Dès la puberté, les interdits se multiplient pour la fille. Elle doit redoubler de discrétion dans tous ses mouvements, ses gestes et ses paroles, se surveiller continuellement :

*...ne pas revenir de l'école en marchant seule avec un garçon... (G 2f).*

*...la fille doit marcher sans courir.... il ne faut pas attirer l'attention (W4).*

*...la fille doit porter des robes longues pour cacher les mollets... (B2b).*

*...rassembler la robe en s'asseyant...(Kid).*

La mère, les tantes et les grands-mères conspirent à établir autour de la jeune fille un réseau serré de surveillance pour préserver sa virginité. Selon un informateur contextuel (Amr), la virginité est aussi pureté et serait une obsession de l'Islam : “ Dieu n'a pas d'autre dessein que de préserver la famille des souillures du monde et de lui assurer une pureté parfaite ” (Sourate dite Coalisés XXX111, 33).

Ainsi la virginité de la femme est la sauvegarde de la famille. Plusieurs informatrices racontent que la non-virginité est un cas d'invalidité du mariage. La virginité

est à la fois une valeur culturelle, religieuse et idéologique. C'est surtout un fait social car c'est :

*..L'affaire de toute la famille... (D2)*

*...Tant qu'elle est vierge...elle a sa place dans la société , dans la famille (B4a).*

La puissance de cette idéologie est telle que toutes les informatrices, quelque soit le milieu, affirment que la jeune fille doit arriver vierge au mariage tandis qu'il est acceptable que le mari ait eu des expériences sexuelles. Selon des informateurs contextuels, ce culte de la virginité est tel que des médecins tunisiens font fortune dans la réfection des virginités.

Les informatrices principales de tous les milieux disent se percevoir comme des ambassadrices, des représentantes du lignage qui sera jugé à travers elles. En se mariant, les informatrices de tous les milieux disent que les qualités des femmes, chèrement acquises de docilité et d'attention aux autres, peuvent être reconnues dans le rôle qui leur est assigné.

La nouvelle mariée qui arrive dans une nouvelle famille est aussi soumise à un code de conduite et son contrôle le plus souvent assuré par la plus âgée des femmes, la belle-mère dans la plupart des cas. Préparées dès l'enfance par leur mère, à l'école de la soumission et du travail domestique, les informatrices principales reconnaissent l'importance de respecter ce code de conduite plus facilement, de faire ainsi acte d'allégeance à leur belle-mère qui veut l'honneur de la famille et espérer ainsi avoir la chance d'accéder à leur tour au statut des plus gratifiants de mère de fils, belle-mère.

*..c'est normal , notre belle-mère veut l'honneur de la famille..comme nous le ferons plus tard.. (Gabès 3).*

*..il faut faire du bien...si on veut nous aussi des belles filles gentilles.. (G2i).*

*..la vie tourne et c'est comme cela ...nous serons un jour à la tête de la maison..inchallah!.. nous voulons l'honneur de la famille (Kib).*

C'est ainsi qu'un informateur contextuel (B) souligne que la signification de l'honneur, dont sont responsables les garçons même très jeunes et les hommes de la famille, repose dans une large mesure sur la conduite des femmes :

*...les hommes disent être très ouverts avec les femmes mais quand ça regarde sa femme, sa sœur, ..même moi..je parle aux femmes mais lorsque je vois quelqu'un qui aborde ma sœur et ma femme ..je me dis qu'est-ce qu'il veut...pour l'homme, c'est la protection de la famille...c'est la tradition.. (B).*

Les informatrices principales de milieu urbain reconnaissent elles aussi l'importance d'imposer un code de conduite sévère pour les filles. Ce code de conduite s'inscrit dans un processus de socialisation à un modèle traditionnel d'épouses et de mères et ainsi " préserver l'honneur de la famille ". Elles reconnaissent que cette influence peut évidemment être contrecarrée par les modèles extérieurs et les messages que reçoivent les filles à l'école et à travers les média. Pour les informatrices, la famille représente une valeur sûre, un espace de protection et de solidarité, si on sait préserver son honneur :

*...Notre famille veut ce qu'il y a de mieux....elle facilite....on peut toujours faire confiance à la famille si on garde notre place. (Gabès 3).*

*...on doit faire confiance...les parents connaissent, ils savent (Gabch 2c).  
...si notre fille se conduit bien...on sera toujours là pour elle.. (G2f).*

Le “ respect d’un code de conduite ” s’inscrit en continuité avec les valeurs traditionnelles, ne remettant pas en cause l’ordre familial établi et assurant ainsi le bien-être de la mère qui contribue au maintien de l’honneur de la famille.

### **limiter les déplacements inutiles**

Cette expression de soin s’inscrit dans les croyances acquises en cours de socialisation. En effet, en plus de l’importance plus grande accordée à la scolarisation du garçon, dès que les filles sont pubères, l’éloignement des écoles représente une menace réelle à l’honneur de la famille.

*...Nous habitons loin de l’école....le chemin est très long....en hiver elles rentrent la nuit tombée, j’ai peur pour elles... (K3 a).*

*...Souvent les pistes sont impraticables et les filles sont obligées de s’absenter et de sauter des examens...alors à quoi bon ...mieux vaut qu’elles restent à la maison, leurs futurs maris ne tarderont pas à venir...(d1a).*

*....parcourir des kilomètres à pied...c’est s’exposer au danger des chiens errants ...et des hommes (K2c).*

Nous avons constaté qu’en milieu rural, la distance entre le domicile et l’école est d’environ 2km ce qui représente environ 30 à 40 minutes de marche.

De plus, la promiscuité dans le logement de famille ne permet pas aux filles d’étudier librement : “ *on envoie les garçons réviser avec les fils des voisins...les filles ..non elles ne peuvent étudier avec les garçons..elles restent à la maison ” (B3b).*

Des informatrices principales de tous les milieux ont dit toutefois souhaiter que leurs filles puissent terminer leurs études, décrocher des diplômes. Elles ont même proposé des pistes de réflexion sur les solutions à apporter pour faciliter ce changement :

*...un ramassage scolaire... pour que les filles soient moins fatiguées et qu'il y ait moins de danger pour elles... (B3b).*

*...des points d'abris ... (K2c).*

Il est intéressant de constater que la remise en question de l'importance de cette valeur traditionnelle n'a pas fait l'objet de discussions. Les risques encourus par des déplacements constituent une menace réelle à l'honneur de la famille. Il apparaît qu'un modèle socioculturel traditionnel persiste chez la plupart des informatrices rencontrées où la valeur intrinsèque de l'éducation des filles est plus ou moins reconnue.

Limiter les déplacements, comme expression de soin pour maintenir l'honneur de la famille, influence les décisions que les informatrices prennent à la période prénatale. Plusieurs informatrices principales de milieux rural et semi-urbain affirment que le fait de se déplacer sur de longues distances, seule, pour se rendre au centre de santé pour une consultation prénatale est souvent perçu par les belles-mères comme allant à l'encontre du code de conduite prescrite aux femmes et constitue de ce fait, une menace à l'honneur de la famille.

Nous avons constaté que les centres de santé se situent à environ 3 km des familles visitées en milieu rural, une famille se situait même à 5 km. Les belles-mères se sentent inconfortables de permettre à leur bru de faire la route seule. De plus, comme les centres de santé offrent à la fois des services de planification familiale et des consultations prénatales, le fait de se “ *faire voir par les hommes voisins assis au café* ” peut provoquer plusieurs discussions déplacées. Des informatrices principales expliquent :

*...c'est l'honneur de notre famille... on veut le bien de la famille et c'est bien (W5).*

*...les voisins peuvent partir des rumeurs.... la famille n'aime pas cela (D1a).*

*...les hommes au café... voient les femmes.....et on parle (K1b).*

*...une autre femme doit l'accompagner....c'est mieux ainsi (B 4 a).*

Ainsi, quand la grossesse se déroule bien, la menace à l'honneur inhérente à un déplacement pour se rendre à la consultation est jugée le plus souvent superflue. Ainsi, des informatrices principales expliquent :

*...pourquoi se rendre à la consultation, .....faire parler les autres....si tout va bien et que rien ne m'empêche de travailler....(K3).*

*...Une fois les bilans passés....rien n'est fait à la consultation, c'est inutile de déranger la famille (b-4a).*

Par ailleurs, interrogées sur des stratégies qui permettraient de minimiser cette menace à l'honneur de la famille que constituent les déplacements à la période prénatale, les informatrices ont unanimement exprimé le besoin d'un moyen de transport. En effet, un moyen de transport contribuerait beaucoup à l'amélioration de la qualité de vie des femmes du sud de la Tunisie surtout en milieu rural. À part les taxis en région urbaine et semi-urbaine et la générosité d'un voisin mieux nanti possédant une camionnette en région rurale, tous les déplacements s'effectuent à pied.

*...il serait plus facile d'aller chercher l'eau... (D1b).*

*...Il serait plus facile de se déplacer quand les enfants sont malades... (B4a).*

*...On pourrait aller au marché du village ou de la ville...(K2b)...assister aux fêtes... (W5).*

*...plus facile lorsque le moment vient pour accoucher... (W 2).*

Un moyen de transport représente pour les informatrices un allègement de leur travail, une possibilité d'activités de loisirs et une possibilité de se rendre à un centre de santé en cas de maladie ou lors de l'accouchement. À notre grande surprise, aucune informatrice n'a mentionné la possibilité de pouvoir consulter à la période prénatale ou d'obtenir des services de soins professionnels d'ordre préventif. Nous avons rappelé notre intérêt pour le soin prénatal et des informatrices ont souri en disant :

*...oui peut-être les consultations... (K1d).*

*...c'est vrai ...il serait plus facile pour nous d'y aller... (B4a).*

L'absence de moyen de transport ne semble pas représenter l'obstacle majeur à l'utilisation des services prénatals de soins professionnels pour des informatrices principales. Il est plus important de maintenir l'honneur de la famille. En lien avec les autres significations de soins génériques, le maintien de l'honneur de la famille s'inscrit dans les obligations morales des femmes du sud de la Tunisie et ça, tout au cours de leur vie reproductive. Transgresser ces obligations constitue donc un véritable risque à la santé à la période prénatale.

### **Respecter l'éthique de travail des femmes**

Pour les informatrices principales, respecter l'éthique de travail se révèle une signification de soins génériques des plus importantes. Leur conception même de la santé se définit en fonction de leur capacité à exécuter le travail qui relève de leur responsabilité, selon le rôle qui leur est attribué dans la famille et selon le niveau socio-économique de celle-ci.

L'importance de respecter l'éthique de travail comme signification de soin est démontrée en décrivant le quotidien de ces femmes et comment elles intègrent le travail à l'expérience de soin prénatal. Nous présentons les différents risques que nous avons perçus lors de notre observation participante, risques encourus de par la nature de ces activités. Le partage des tâches entre les femmes constitue la seule expression de soin générique qui découle de cette signification de soin.

### **Le quotidien des femmes et les risques associés**

Dans cette région de la Tunisie, à l'instar de tous les pays du monde, on fait une distinction entre le " travail des femmes " et " le travail des hommes ". Cette différenciation trouve son origine dans la division sexuelle du travail dans la famille et se perpétue dans l'organisation sociale du travail en dehors de la maison. L'équilibre du système économique de la famille élargie est basé sur la complémentarité entre les tâches masculines et les tâches féminines. Mais bien que complémentaires, nous avons observé que ces tâches s'inscrivent dans un système fortement hiérarchisé où les hommes occupent la place dominante et que les activités de travail des femmes sont peu reconnues et dévalorisées.

Dès l'âge de 8 ou 9 ans, les petites filles sont initiées au code d'éthique du travail des femmes. Les informatrices de l'étude ont ainsi joué un rôle important dans l'économie domestique de leur famille depuis leur enfance. Elles reconnaissent que cette multiplicité des tâches qui leur incombait, n'a pu que se répercuter négativement sur leurs résultats scolaires. *" Je devais répartir mon temps sur quatre activités ; l'étude, le travail à la*

*maison, le travail au champ pour aider à ma famille et les leçons... c'était toujours difficile" (G1f).*

Respecter l'éthique du travail impose des activités qui représentent des risques réels pour la santé des femmes à la période prénatale. Ces activités consistent à transporter de lourdes charges pour les corvées d'eau et de bois, à travailler aux champs, à entretenir les animaux et à effectuer des travaux d'artisanat et le travail ménager.

### ***Transporter de lourdes charges***

La majorité des familles de milieux urbain et semi-urbain dispose de l'eau courante tandis qu'en milieu rural, seulement 6 familles sur 22 en bénéficient. La corvée d'eau est une activité essentiellement féminine, les hommes et les jeunes garçons n'y participent que très rarement " *La source appartient aux femmes* " nous disent des informateurs contextuels. Généralement, ce sont des jeunes filles qui sont responsables de cette activité. Toutefois des informatrices principales disent y participer de façon régulière. La distance moyenne à parcourir pour trouver une source d'eau soit une fontaine, soit un puits ou une citerne, est de quelques mètres à 500 mètres. Elles sont obligées, à certains moments, de faire la queue et organisent leur temps en fonction de cette contrainte.

L'eau est puisée à l'aide de bidons qui sont transportés sur le dos avec une courroie attachée au front (voir Annexe IV, photos 19 et 20). Le poids de ces bidons et la tension qu'ils exercent sur le dos, les épaules et la tête provoquent des migraines pour plusieurs des informatrices. Interrogées sur les difficultés rencontrées pour effectuer cette tâche à la période prénatale, plusieurs informatrices principales ont avoué : " *nous avons*

*parfois mal au dos, parfois des maux de tête mais c'est pour de petites périodes de temps, ça ne nous empêche pas de travailler ” (B3b).*

Près de la moitié des informatrices principales de milieu rural utilisent encore le bois comme source d'énergie principale et l'ensemble l'utilise pour la cuisson du pain, ce qui ne manque pas d'avoir des répercussions négatives sur leur temps et la lourdeur de leur travail. Des informatrices ont donc en plus, la responsabilité de l'approvisionnement en bois à brûler. Comme il s'agit d'une denrée rare dans cette région désertique du sud de la Tunisie, les femmes doivent marcher souvent de longues distances. Le fagot est très souvent porté sur les épaules (voir Annexe IV, photo 21)

Le transport de lourdes charges est un travail physiquement exigeant et épuisant. Même si le voyage est parfois facilité par la brouette ou un âne (voir Annexe IV, photo 22), ces corvées imposent des mouvements qui, avec la maternité, occasionnent des tensions au niveau abdominal et lombaire. Outre la fatigue, on note chez des informatrices principales une forte incidence de lombalgie et pour des femmes plus âgées, informatrices générales, des problèmes de tissus mous, d'arthrose aux mains aux genoux et aux hanches. Ces complications et les malaises qui découlent de ces activités sont le plus souvent ignorés. Les informatrices principales ont insisté pour nous dire : “ *la grossesse c'est normal..on peut continuer à faire notre travail ..parfois on ralentit ..mais on peut travailler..on adapte notre travail ” (D1c).* Même si parfois elles éprouvent certains malaises, ce travail est souvent perçu comme étant bénéfique :

*...la marche...c'est bon ...c'est vrai que nous sommes plus ralenties mais on réussit quand même... (K2a)*

*...les accouchements sont plus faciles... (K3a)*

### ***Travailler aux champs***

Les statistiques du ministère de l'agriculture tunisien démontrent que la main d'œuvre féminine est très importante dans le domaine agricole (voir Tableau VI). Un chef d'exploitation, informateur contextuel explique :

*...Quand il s'agit de louer de la main d'œuvre, ce sont les femmes que nous choisissons (Sa).*

*...Tous les agriculteurs sont d'accord sur ce point. Non seulement elles sont patientes et perfectionnistes, la main d'œuvre féminine revient deux fois moins cher que celle des hommes (Sa).*

Des informatrices principales, des milieux rural et semi-urbain principalement, disent être très actives même à la période prénatale, travaillant à temps partiel ou de manière saisonnière dans le cadre des exploitations agricoles familiales. Ainsi, nous avons visité des exploitations où on effectue la culture des légumes et la culture des oliviers. Nous avons observé avec beaucoup d'étonnement et d'admiration chacun des gestes effectués par des informatrices principales lors de leur travail.

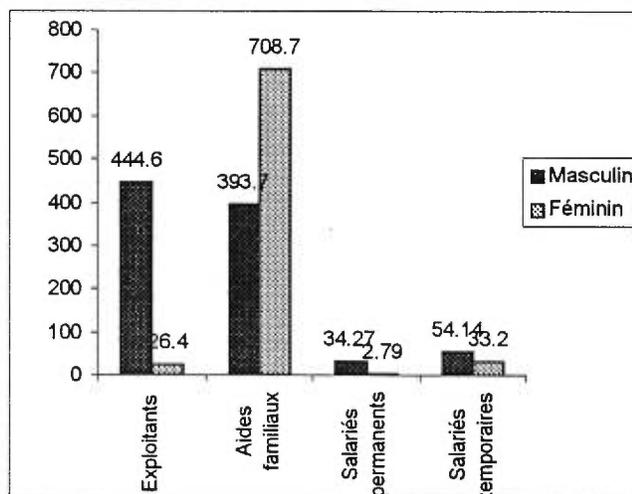
Attachés à leur dos ou les suivant par terre, les jeunes enfants accompagnent quotidiennement les informatrices aux champs (voir Annexe IV, photo 23). À maintes reprises, nous avons observé les efforts suivis et ininterrompus d'une informatrice effectuant du binage dans les champs d'oignons, ignorant pour de longues périodes le cri de son bébé. Puis celle-ci dépose lentement son outil et s'assoit sur le bord d'un monticule, prend son bébé, dégage de façon très pudique, sous un foulard, un sein et le donne au bébé âgé d'un an et demi environ, enfin apaisé.

Tableau VII

## REPARTITION DE LA MAIN D'OEUVRE AGRICOLE

SELON LE SEXE ET LE STATUT.

1994 1995



On observe cette autre informatrice qui arrête son travail pour faire une lessive, au bord du puits. Cette tâche domestique complétée, elle se remet au travail de la terre. Une informatrice générale témoigne : *“ Sur nos terres on glisse de l'enfance à la maturité, en passant par la maternité ”* (Aly). Vers l'heure du midi, les informatrices se réunissent sous l'abri des palmes pour manger une portion de couscous dans la marmite commune, préparé par elles depuis l'aube et amené au champ.

Le travail au champ occupe ainsi la majeure partie de la journée pour les informatrices qui y participent. Une autre informatrice principale explique :

*...on y est depuis le lever et jusqu'au coucher du soleil (G2H).*

*...en rentrant, on a juste le temps de préparer le repas, généralement une soupe aux légumes, de manger et de se coucher (G2f).*

*...On se lève à l'aube pour préparer et manger le aiche, une crème à la farine et à l'eau assez consistante pour tenir nos estomacs apaisés jusqu'à l'après-midi (B4a).*

Trois informatrices principales, des belles-sœurs, veillant chacune sur une part de la grande exploitation partagée du beau-père expliquent :

*...C'est à peine si nous n'accouchons pas à même nos parcelles... (G2a).*

*...Nous travaillons sans relâche. Il n'y a que les accouchements qui nous valent quarante jours d'absence (G2b).*

*...Hiver comme été, nous confions nos nourrissons à l'ombre des gîtes, ici même pour les allaiter de temps à autre.... Car plus qu'un enfant, la terre nous réclame une attention, un effort et des soins de tous les instants. (G2c).*

Avant la tombée de la nuit, nous pouvons observer des informatrices qui se rassemblent autour du puits ou de l'arrivée de la canalisation la plus proche et pendant plusieurs heures, le dos courbé, la mélia mouillée jusqu'à la ceinture, elles lavent les légumes dans l'eau le plus souvent glaciale.

À leur retour des champs, les informatrices continuent à désherber les parcelles qu'elles cultivent pour la consommation domestique et aussi, "*pour ne pas entrer les mains vides*" nous disent-elles. Tout en nettoyant, elles ramassent des plantes sauvages comme la "khubeza" et le "harra" qui servent à confectionner des couscous sans viande, plats peu coûteux qu'on consomme couramment dans cette région.

Le domaine de l'arboriculture, principalement l'olivier, est aussi très important pour des informatrices. Debout, les hommes taillent les oliviers tandis que les femmes se baissent pour ramasser les branches coupées qui tombent. Lors de la cueillette des olives,

les hommes sont perchés sur les échelles pendant que les femmes, dos courbé, ramassent, trient et tamisent les olives au pied de l'arbre, racontent des informatrices.

Lors de ces journées d'observation, nous avons été particulièrement touchées par la hiérarchie des sexes et la hiérarchie des tâches. Ainsi, l'homme occupe généralement la position élevée et l'attitude redressée, tandis que la femme se tient plus bas et courbe plus facilement " l'échine " (voir Annexe IV, photos 24 et 25). Selon des chercheuses tunisiennes, dans l'agriculture comme dans l'arboriculture, l'opposition entre la position élevée des hommes et la position basse des femmes symbolise la différence de niveau où l'homme et la femme se situent dans la hiérarchie sociale du sud de la Tunisie (*So, Lei*)

Interrogées sur la nature des technologies qui pourraient améliorer leurs conditions de travail au champ surtout à la période pré-natale, les informatrices expriment beaucoup de réticence. En effet, l'expérience des informatrices principales leur a démontré que, très souvent, ce type de technologie, comme la mécanisation des outils de jardinage, a eu pour conséquence une nouvelle répartition des rôles dans la famille selon un modèle à l'intérieur duquel la charge de travail qui revenait à la femme a augmenté.

*...qui profite de ces nouveaux outils...ce ne sont pas les femmes (G2b).  
..les hommes ont le temps d'apprendre comment fonctionnent ces outils pas nous (G2f).*

Nous avons pu observer les hommes qui profitaient avantageusement de la technologie agricole comme les charrues, les moissonneuses.

L'émigration masculine est un phénomène qui affecte un nombre important de familles de la région sud de la Tunisie. Il s'agit souvent d'une émigration temporaire où l'absence des hommes dure de quelques mois à même quelques années. Pour des

informatrices principales, on leur reconnaît ainsi une plus grande prise en charge de la responsabilité de la famille ainsi que des activités agricoles. Elles sont ainsi amenées à remplacer l'homme pour une partie ou pour l'ensemble des travaux. En effet, nous avons observé que le travail de ces femmes peut s'étendre fréquemment à l'ensemble des travaux liés à une culture, du semis à la récolte en passant par le traitement chimique et l'irrigation. Il faut comprendre que plusieurs de ces tâches, comme le semis et le labour, sont strictement réservées aux hommes dans la plupart des régions de la Tunisie. En effet, le caractère exclusif de ces travaux se réfère à leur signification valorisante dans le système symbolique traditionnel où la charrue apparaît comme un symbole de fécondité proprement masculin, et où les semailles appelées *ni'ma* (providence) sont dotées d'un caractère divin (Ferchiou, 1985).

Un autre fait plutôt exceptionnel dans cette région de la Tunisie et qui est en lien avec le phénomène de l'émigration des hommes, nous avons observé des informatrices qui se rendent elles-mêmes aux marchés hebdomadaires, appelés *souks*, pour vendre leur production. Interrogées sur les conséquences de ces responsabilités qui leur incombent quand l'homme est absent, des informatrices principales expliquent :

*..on fait plus de travail ...mais c'est la même chose...ce n'est pas nous qui prenons les décisions.. (G2B).*

*..c'est le chef de la famille qui a les responsabilités.. (G2F).*

*..c'est normal...mon mari est parti en France pour travailler et mon beau-père n'a pas la force pour le faire...je peux le faire.. (G2c).*

On peut donc penser qu'il s'agit, pour ces informatrices, d'un déplacement du système hiérarchique de la division sexuelle du travail mais sans que la hiérarchie des sexes

soit fondamentalement remise en cause. Il semble n'exister aucun changement du statut de ces informatrices dans leur famille.

Les journées de ces informatrices principales sont donc des plus remplies. En effet, avant de se rendre au champ, les femmes réalisent une grande partie des tâches ménagères et à la fin de la journée, quand les travaux aux champs sont terminés, elles continuent à travailler sur le chemin de retour et elles travaillent encore quand elles arrivent à la maison. Les informatrices principales considèrent que toutes ces activités et les conditions associées à celles-ci font partie de la vie des femmes, une vie où le travail aux champs est assimilé aux tâches domestiques, donc une extension normale de celles-ci. Interrogées sur leur contribution au ménage ou à la famille en terme de coût réel, des informatrices de tous les milieux expliquent :

*... on organise notre journée...on fait notre travail dans la maison, on va au champ de la famille quand on peut, ....c'est pas un travail régulier... comme pour un homme (G2b).*

*... on aide la famille en travaillant dans les champs....ça fait partie de notre rôle...(G2d).*

*... la vie des femmes ici, c'est comme cela..on fait ce travail depuis que nous sommes jeunes...pour vous c'est autre chose...pour nous c'est comme ça. (G1F).*

Ainsi en raison du cumul et du chevauchement de tâches de différentes natures, les activités sur l'exploitation agricole ou arboricole conduit à un temps morcelé et par conséquent, difficilement comptabilisable, comme peut l'être le travail des hommes. C'est donc en tant qu'épouses, mères ou filles que les informatrices travaillent sur l'exploitation. C'est donc le rapport familial qui définit leur relation au travail. La notion de temps

comptabilisé ne peut caractériser les activités des informatrices car celle-ci n'a de sens que par rapport à une rémunération.

Plusieurs informatrices ont aussi mentionné le fait qu'elles étaient moins qualifiées que les hommes justifiant ainsi qu'on tienne moins compte de leur temps et de leurs activités. Nous avons, par contre, observé que plusieurs travaux requièrent un savoir-faire et des compétences particulières. Il semble qu'il soit plus juste de parler de non-reconnaissance, de dévalorisation des qualifications du travail des femmes.

De plus, à notre plus grand étonnement, plusieurs exploitations visitées utilisent des insecticides. Il est connu que les insecticides sont absorbés par la peau, par inhalation et par ingestion. Ce sont les hommes qui font la fumigation des récoltes et certains peuvent ainsi être exposés à des doses élevées d'insecticides pendant de courtes périodes, faute de protection adéquate pendant l'application. Par contre, comme ce sont les femmes qui font la plus grande partie du travail à la main dans les champs après la pulvérisation, elles sont exposées à des insecticides pour des périodes prolongées. Cette exposition représente un risque important pour la santé des informatrices, des enfants qui les accompagnent et qui sont nourris au sein, ainsi que la santé de l'enfant qu'elles portent.

Les informatrices disent ne pas connaître le type d'insecticide utilisé ainsi que les dangers associés à ceux-ci. Des discussions animées ont suivi ces périodes d'observation; des informations, sur l'entretien des vêtements, le lavage des mains avant de prendre les repas ou d'allaiter, furent échangées.

### ***Entretenir les animaux***

Pour les femmes de milieu rural, s'ajoutent les travaux liés au petit élevage : alimentation, traite, nettoyage des abris et gardiennage des animaux (voir Annexe IV photo 26). Cet élevage domestique de moutons, de poules et de chèvres peut constituer une source de revenu importante pour chacune des familles restreintes. Selon des informatrices principales, ce petit élevage :

*...ça permet à mon mari d'être plus indépendant par rapport à son père (B4a).*

*...ça me permet d'avoir de la laine pour le tissage (K2b).*

Cette activité présente aussi certains risques importants à la période prénatale. En effet, nous avons observé que les informatrices prennent peu de précautions après avoir complété ces travaux auprès des animaux, comme le lavage des mains. Elles sont donc davantage exposées à toutes sortes d'infections et des parasitoses transmissibles au fœtus. Ces risques ont aussi fait l'objet de discussions avec les informatrices de l'étude.

### ***Effectuer le travail ménager***

Même si les femmes travaillent aux champs, leur fardeau à la maison n'en est pas réduit pour autant. En milieu rural, la plupart des femmes font le lavage des vêtements aux puits (voir Annexe IV photo 27). La majorité des informatrices font la cuisine trois fois par jour parce qu'elles n'ont pas de moyens de conservation de la nourriture. Parfois, il n'existe ni armoire qui ferme, ni placard mural pour mettre la nourriture à l'abri.

Des informatrices effectuent la transformation des produits agricoles comme le blé et certains légumes et constituent des réserves alimentaires mais en petites quantités. Les produits d'alimentation sont achetés mais certains proviennent de leur propre production

comme le lait, le poulet. La fabrication du pain est généralisée et sa cuisson est une tâche quotidienne pour des informatrices de milieu rural (voir Annexe IV photo 28).

Des informatrices principales ont avoué qu'elles étaient forcées de faire la cuisine au fur à mesure :

*...nous n'avons pas les moyens de faire des achats pour tous les repas en une seule fois (W4).*

*...ce qui est préparé est mangé au fur à mesure par les enfants. (K3b)*

Les informatrices de tous les milieux disent se sentir obligées de faire leur travail à la maison et à l'extérieur avec efficacité, ce qui veut souvent dire aux dépens de leur santé et de leur bien-être.

En Tunisie, comme dans toutes les sociétés, le travail ménager, essentiel au maintien des systèmes sociaux, n'est pas récompensé par la société en termes monétaires. Ainsi, ce travail a tendance à être éclipsé et marginalisé. Les statistiques nationales tunisiennes et internationales sur le rôle économique des femmes ont tendance à ignorer complètement le travail effectué par les femmes dans le milieu familial.

### ***Effectuer des travaux d'artisanat***

Toutes les informatrices principales pratiquent aussi des activités artisanales comme le travail de la laine et de façon plus répandue en milieu rural, la transformation de l'alfa et la fabrication des abris d'animaux.

Le travail de la laine consiste tout d'abord dans le cardage et le filage pour certaines informatrices. Il porte aussi sur la fabrication de couvertures, la confection de manteaux comme le burnous et le kachabya, le tissage de tapis entre autres les klims (voir

Annexe IV, photo 29). Pour la confection des couvertures et des klims, les femmes échangent parfois leur laine contre du fil produit industriellement. Pour les tapis, on utilise aussi des matières de récupération comme de la laine détricotée, des morceaux de tissus. Quelques femmes possèdent leur métier à tisser, d'autres les empruntent, il s'agit en général de métiers à tisser en bois très rudimentaire. Les informatrices font aussi beaucoup d'artisanat croché.

La cueillette et la transformation de l'alfa sont des activités pratiquées principalement par les femmes de milieu rural de la région de Gabès. Quoique la saison de l'alfa soit généralement assez longue, selon des informatrices principales, c'est surtout dans les périodes creuses de l'agriculture que les femmes s'adonnent le plus à cette activité. L'arrachage se fait à la main; nous avons observé des femmes qui, simplement munie d'un bâtonnet attaché au poignet par une ficelle attrapent la touffe d'alfa dans la paume de la main, l'enroulent autour du bâtonnet et tirent de toutes leurs forces pour l'arracher, car les fibres sont très solides. L'alfa est transformée pour la fabrication de couffins et de nattes (voir Annexe IV, photos 30 et 31). À partir des feuilles de palmiers séchées, des femmes fabriquent des abris d'animaux (voir Annexe IV, photos 32 et 33).

Ces activités d'artisanat sont faites pendant des heures dites " perdues ", durant la période de sieste ou le soir après le repas, si les maisons disposent de l'électricité. Il est rare de voir des femmes à ne rien faire; lorsqu'elles se rassemblent pour bavarder et chaque fois qu'elles ont un moment libre, elles font une activité d'artisanat (voir Annexe IV, photo 34). Pour les informatrices, l'artisanat consiste en des activités d'autoconsommation pour satisfaire les besoins de la famille et des activités de loisir.

Elles ne considèrent pas ces travaux comme étant productifs parce qu'ils ne sont pas séparés fondamentalement du travail domestique. Toutefois, on peut voir tous les articles confectionnés cotés au marché, il serait en principe possible d'en évaluer le revenu. Le manteau appelé burnous fourni gratuitement au mari ou au fils permet à ce dernier d'économiser la somme d'argent qu'il aurait déboursé pour l'acheter au marché. Les produits d'artisanat ont donc une valeur réelle dont les femmes ne disposent pas directement.

En plus de la nature répétitive de ces activités qui demandent une certaine minutie, les femmes adoptent pendant de longues périodes, des positions accroupies ou assises sur des planchers de ciment. Unaniment, les informatrices disent que les travaux d'artisanat sont très fatiguants et peuvent à l'occasion provoquer des crampes aux jambes à la période prénatale. *“ on peut avoir mal aux jambes alors on s'arrête....on bouge...ça passe..c'est normal. ” (K2a)*

Tous ces travaux entraînent une surcharge de travail importante, surtout pour les femmes de milieux rural et semi-urbain si l'on considère l'ensemble des activités qu'elles doivent accomplir pour respecter dans leur contexte, le code d'éthique de leur travail.

Les modes de vie observés nous ont fait prendre conscience que l'univers des femmes à la période prénatale est centré sur le travail. C'est ainsi, que ces femmes disent ne pas pouvoir s'offrir le luxe de se rendre à un centre de santé. Elles ne pourraient plus consacrer le reste de leur temps et leurs efforts aux activités jugées essentielles et plus importantes, comme les soins aux enfants et la production de la nourriture.

Même si les informatrices principales avouent qu'elles éprouvent parfois certains malaises, elles les attribuent plutôt à leur surplus de poids qui les ralentit dans l'exécution des tâches reliées à leur rôle. Les informatrices ne s'inquiètent pas outre mesure de la gravité de ces malaises qui sont de nature passagère. "*c'est normal.....on essaie de faire le travail moins vite...*" (W3).

L'éthique de travail, telle que vécue dans la région du sud de la Tunisie principalement en milieux ruraux et semi-urbains, colore la vision du monde des informatrices principales. En effet, les femmes de ces milieux ont exprimé à plusieurs occasions qu'il est normal pour les femmes de souffrir. La souffrance est centrale à leur vie, tout comme la maternité. Elles disent accepter que les malaises de la grossesse fassent partie de leur histoire de vie :

*...Vous devez souffrir pour apprécier ce que vous avez...(W4, k1d, D1b).*

*...Avoir des douleurs?...toutes les femmes ont des douleurs...et sont capables de bien faire leur travail...(B3b).*

*...Le mal de dos, ce n'est pas un problème dû à la grossesse, ça fait partie naturellement de la vie...(D1b).*

*...l'important c'est de travailler, on ne consulte pas pour ces malaises, c'est normal...(Ghann 3).*

*...Le mal de dos, le mal de jambes n'empêchent pas de travailler...c'est normal quand on est enceinte...c'est une bonne préparation à l'accouchement (W3).*

Les activités quotidiennes des informatrices sont peu ou pas modifiées à la période prénatale. Les malaises ressentis ne sont pas expliqués par leurs conditions de travail difficiles.

Par contre, les informatrices des milieux urbains avouent plus facilement ralentir leurs activités lorsqu'elles éprouvent des malaises légers et rechercher une aide thérapeutique lorsque ceux-ci persistent trop longtemps :

*...Il existe des moyens pour ne pas souffrir...c'est un devoir de les trouver (Gabès 4).*

*...Je fais moins de travail quand je suis fatiguée....c'est normal de ralentir quand on est enceinte (G2f).*

*...C'est le plus bel état et on doit se garder belle et en forme... sans malaise pour mieux en profiter... (G1e).*

Ainsi, une conception différente de la santé existe entre les femmes des divers milieux étudiés. On peut penser que les aspects de confort et d'esthétique ne font pas partie de la conception de la santé des femmes des milieux ruraux et semi-ruraux. La souffrance des femmes de ces milieux est présentée comme une dimension naturelle de leur destinée. Ainsi, ces femmes accordent très peu d'attention à la douleur à la période prénatale. Elles consultent lorsque des malaises les empêchent d'effectuer normalement leur travail.

Il nous est apparu que, pour les femmes de milieux ruraux et semi-ruraux, la santé à la période prénatale n'est pas définie passivement comme l'absence de malaises mais de façon dynamique comme la capacité physiologique et intellectuelle de vivre dans un contexte social spécifique.

Interrogées sur ce qui contribuerait le plus à rehausser la santé des femmes du sud de la Tunisie à la période prénatale, toutes les informatrices principales ont spontanément exprimé une amélioration de leurs conditions de vie en lien avec le travail :

*...toutes les femmes veulent travailler avec moins de fatigue....avoir des commodités...plus que nos mères....c'est plus facile quand nous sommes enceintes ou quand on vieillit... (W6).*

*...nous voulons vivre plus confortablement...avoir le gaz...les toilettes...une douche.. c'est important pour nous les femmes en tout temps (B4a).*

*...avoir de beaux plats....de belles tasses....être plus confortable pour travailler... (G1a).*

*...travailler avec plus de confort... (K2b).*

*...plus de commodités nous permet de mieux travailler...d'être bien...d'être heureuse... (K3b).*

Quelques informatrices principales qui ont un travail rémunéré disent contribuer largement à rehausser leur niveau de confort et par le fait même leur qualité de vie et leur santé.

*...c'est important pour nous les femmes d'avoir ce que nous avons besoin pour travailler...pour se laver....pour prendre bien soin de nos enfants (Gabch 2a).*

*...les argents que je gagne je me permets d'acheter des plateaux...du savon..des meubles parfois..ce que nous avons besoin pour travailler (Gabès 2).*

De la même façon, des informatrices principales souhaiteraient accomplir un travail qui soit rémunéré afin de pouvoir se procurer des biens qui viendraient rehausser leur confort dans la maison et faciliter ainsi leur travail . “ *Si je travaillais ...je pourrais acheter des choses pour la maison.... c'est la même chose quand on est enceinte..c'est mieux quand on a plus de confort..*” (G2e).

En acceptant de partager leur quotidien, les informatrices principales ont donné éloquence à une problématique commune à tous les milieux, celles des activités féminines ignorées et sous-estimées. Cette dévaluation, dont elles font l'objet dans la société du sud de la Tunisie, engendre une ignorance des intérêts des femmes. Leur statut généralement inférieur et l'intériorisation qu'elles en font, ont pour effet de marginaliser leurs besoins physiques, psychologiques et affectifs et influence directement leur aptitude à participer aux décisions concernant la santé prénatale. De plus, le temps nécessaire à l'accomplissement de toutes ces activités constitue à notre avis, une autre contrainte importante à l'utilisation des services prénatals de soins professionnels au même titre que tout autre service de soin préventif.

Dictées par leur éthique de travail, les informatrices principales intègrent normalement leurs activités à la période prénatale. Partager les tâches entre femmes est une expression de soin générique qui facilite le respect du code d'éthique du travail à la période prénatale.

### **Partager les tâches entre femmes**

Les informatrices principales disent effectuer l'ensemble des tâches habituelles pendant toute la grossesse. Par contre, lors des derniers mois, certaines corvées deviennent trop difficiles et les autres femmes ou filles de la famille remplacent le plus souvent la future maman dans l'exécution de ses tâches. Ainsi des belles-mères, informatrices générales disent :

*...quand je vois que c'est difficile , j'envoie les autres filles....il faut partager..il faut prendre soin d'elle.. (Ami).*

...on peut compter, sur les femmes de la famille...il faut partager quand une femme est enceinte (Lei).

Ainsi, bien qu'il soit marqué par une hiérarchisation basée sur l'âge et le statut, le système de division du travail entre femmes semble permettre de se préoccuper des besoins spécifiques de la femme enceinte par un partage de leurs obligations.

Les informatrices semblaient heureuses de discuter de ce partage entre femmes. Nous avons été touchées par les impressions qui se dégageaient lors de ces expériences d'observation des diverses activités des femmes. Elles ne se perçoivent pas comme des victimes d'un environnement hostile, au contraire, elles se perçoivent comme des êtres vibrants et actifs qui forment une communauté de soutien. Elles semblent puiser dans ce partage les forces collectives et la sagesse pour surmonter les obstacles qu'elles rencontrent.

Par contre, en milieu urbain, les informatrices qui ont la possibilité de vivre de façon autonome, disent être moins entourées des autres femmes de la famille élargie traditionnelle. Même si le travail de ces femmes semblent moins exigeant, elles sont moins aidées dans le travail ménager et prennent conscience de l'importance des responsabilités qui leur incombent.

*...C'est vrai que nous devons penser à tout...nous sommes seules pour s'organiser...parfois c'est plus difficile de partir...de sortir de la maison.... avec les enfants (Gabès 4).*

*...ma mère trouve que ce n'est pas normal que je vive seule...loin de ma nouvelle famille...elle dit je ne peux pas tout faire seule... mais je le fais..c'est vrai que c'est fatiguant (Gabès 6).*

*...je fais tout moi-même...quand je reviens de travailler, je fais le marché...mais.. au moins, j'achète ce que je veux... (Gabch 2b)*

Malgré les frustrations exprimées, ces informatrices de milieu urbain tiennent à préserver leur espace indépendant de la grande famille. Toutefois, leur rôle de maîtresse de maison et de mère de famille est prioritaire, percevant même la condition des femmes qui doivent travailler à l'extérieur de l'espace domestique souvent comme étant infériorisante :

*...C'est la place de la femme de rester à la maison....et d'avoir des enfants (Gabch 2e).*

*...C'est parfois nécessaire de travailler à l'extérieur mais c'est par nécessité... (Gabès 5).*

*...S'il y a des problèmes avec la famille, la femme doit rester à la maison... (G2i).*

Il semble donc que, pour des informatrices de milieu urbain, la participation des femmes à un travail rémunéré est le plus souvent associée à la pauvreté et à la nécessité d'augmenter le revenu du ménage. Les informatrices principales de milieu urbain acceptent donc d'assumer seules leurs responsabilités d'épouses et de mères. Elles disent taire les conflits et les difficultés qu'elles rencontrent et tenter de faire les meilleurs choix pour trouver l'équilibre familial et ça, parfois même au détriment de leur santé à la période prénatale :

*...Quand tout va bien pourquoi consulter...l'important est de s'occuper de la maison.....d'être une bonne mère...éviter les conflits (Gabch 2g).*

*...L'important... c'est de bien tenir la maison...de prendre soin des enfants....c'est ça qui est plus important... quand tout est normal ...pourquoi attendre à la consultation (Gabch 1e).*

*...On est en santé quand on peut faire tout ce travail...c'est fatiguant mais c'est important....c'est comme cela qu'on se fait respecter...et ça va bien (Gabch 2b).*

On peut ainsi penser qu'il existe deux systèmes de représentations chez des informatrices principales de milieu urbain. Un système relatif à la femme, comme épouse et comme personne émancipée, qui est influencé par un modèle occidental et un autre système relatif à la femme, comme maîtresse de maison et mère de famille, qui résiste à cette orientation, influencé par un modèle patrilignager et conforté par l'idéologie religieuse. Des informateurs contextuels (Abdel, Kar) soutiennent que ce modèle constitue au milieu de tous les changements, la seule valeur permanente en Tunisie.

Respecter l'éthique de travail des femmes s'avère une signification de soin générique importante pour des femmes de la région du sud de la Tunisie.

### **Augmenter et maintenir ses forces physiques**

L'importance d'augmenter et de maintenir ses forces physiques comme signification de soin générique s'exprime par des expressions spécifiques à la période prénatale telles que manger des aliments fortifiants et consommer du charbon de bois ou de l'argile.

#### **Manger des aliments " fortifiants "**

Les informatrices de tous les milieux connaissent l'importance d'une alimentation adaptée à leur état. Des informatrices de milieu urbain qui vivent en famille nucléaire disent faire elle-même le choix d'aliments " fortifiants " en fonction des besoins de la grossesse et cuisiner des repas qu'elles considèrent équilibrés pour leur santé et celle de leur bébé et selon les possibilités financières du ménage.

*...Je pense à ce qui est mieux pour moi...ce qui va me renforcer et le bébé....je fais des plats qui soient plus nourrissants... (Gabch 2g).*

*...Je continue à faire mon travail...je dois manger des légumes et de la viande aussi souvent que je peux... (Gabès 7).*

Des informatrices principales de milieu rural nous expliquent l'importance de varier les groupes d'aliments pendant la grossesse pour maintenir leur force et ainsi leur capacité de travailler. Toutefois, nous avons pu observer que les informatrices vivant dans un contexte de famille élargie, s'alimentaient comme le reste de la famille. Les repas sont à base de semoule de blé, de pâte, de farine, de piment, de légumes, de légumineuses, d'œufs, et à de rares occasions de viande d'agneau ou de poulet. Ainsi une informatrice principale de milieu rural avoue :

*...nous savons quoi manger...on nous dit comment manger ...les affiches...à la consultation....on sait ...mais tous les jours, on mange ce que la famille cuisine... (D1c).*

*...nous n'avons pas toujours les moyens d'avoir de la viande...des légumes ...des fruits... (W2).*

*...on mange ce qu'on peut manger...(W4).*

*...C'est important de manger des légumes...de la viande...quand on peut... (Gabch 1).*

*...il faut manger de la bsissa.... c'est riche, ça fortifie...(G1e).*

La bsissa est appréciée à la période prénatale. Il s'agit d'un mélange d'huile d'olive, de miel et de halwa, un mets fait de sucre et de beurre de sésame.

Parmi les aliments considérés "fortifiants" par des informatrices, on retrouve le lait de chèvre, le yaourt, le surgeot, les pois chiches, les haricots, les lentilles, les œufs, les dattes, la semoule de blé, la viande de mouton ainsi que le "osbane", plat préparé

surtout à l'occasion des fêtes et fait à partir des abats et l'estomac du mouton. Pour les informatrices de la région de Gabès, le poisson est "*force de vie*" (Gabès 2).

Plusieurs informatrices mentionnent aussi les vertus fortifiantes de la carotte qui contient à la fois des vitamines et des ingrédients pour soulager les malaises d'estomac et les nausées. L'huile d'olive est aussi considérée comme un aliment fortifiant qui soulage les malaises de la constipation.

### **Consommer du charbon de bois ou de l'argile**

Les informatrices de tous les milieux ont spontanément discuté cette expression de soin qui vise à augmenter leurs capacités de travail.

*...on prend des petits morceaux.. tout au long de la journée, ça donne des forces (K1c).*

*...ça nous donne des énergies pour travailler (W2).*

*...toutes les femmes prennent des petites quantités de charbon de bois... il y a des femmes qui mangent de l'argile, c'est la même chose... (G2e).*

Des informatrices principales nous ont montré ces petites pièces de charbon de bois ou d'argile qu'elles cachent dans les replis de leur robe et qu'elles consomment avec la plus grande discrétion, tout au long de la journée. Elles ont même insisté à ce que nous constatons par nous-mêmes le goût salé de ces substances : "*C'est bon...toutes les femmes le font...ça aide vraiment*" (K2b)

Outre le fait de renforcer, les propriétés qu'on attribue à ces substances sont variées :

*...ça soulage les envies.. (D1c).*

*...ça aide pour les dérangements d'estomac.. (K2a).*

*...ça soulage les nausées.. (W6).*

*...c'est un besoin.. comme fumer.. (B3b).*

*...ça renforce le bébé et la mère.. (W2).*

Les discussions furent nombreuses et animées parmi les membres du groupe de travail concernant l'importance de la consommation de charbon de bois par des femmes enceintes de la région du sud de la Tunisie. Le phénomène de " géophagie ", qui consiste à manger de l'argile et qui serait provoqué par le manque de fer, est bien connu dans tous les milieux professionnels. Toutefois, la consommation de charbon de bois est considérée une pratique dépassée le plus souvent associée à une forme de pica, défini comme un goût morbide pour des substances non comestibles.

Les professionnels de la santé associés à la recherche ont exprimé au début beaucoup de scepticisme en regard de l'importance de cette expression de soin. Les informatrices avouent de pas vouloir discuter de cette expression de soin avec les sages-femmes. La dissonance philosophique est une raison importante .

*...Elles ne comprendraient pas...elle parleraient fort... (G2f).*

*...Elles riraient de nous ou seraient fâchées (K2a).*

Les données recueillies touchant la consommation de charbon de bois et de l'argile ont rencontré rapidement le critère de saturation et ça, dans tous les milieux. De nombreux témoignages d'informatrices générales sont venus renforcer l'importance de cette expression de soin dans la région du sud de la Tunisie. Une informatrice contextuelle, originaire de Tataouine mais vivant à Tunis a avoué que plusieurs femmes

font venir le charbon de bois ou l'argile de leur région car elles les considèrent plus efficaces (Sa).

Nous nous sommes donc intéressées particulièrement à cette expression de soin car il est reconnu scientifiquement que le charbon de bois capte le fer et constitue par le fait même, un danger pour la santé de la mère. De même, la consommation d'argile peut influencer le statut nutritionnel de plusieurs façons. Cette substance remplace très souvent des aliments nutritifs et peut contenir des toxines dangereuses pour le bébé. En plus d'interférer dans l'absorption du fer, l'argile peut causer une constipation sévère.

Selon les professionnels de la santé consultés, l'anémie ferriprive est une condition sévère et chronique chez des femmes du sud de la Tunisie. Interrogées sur leur état général, plusieurs informatrices principales multipares ont avoué ne pas avoir d'appétit, manger très peu, être souvent fatiguées et surtout avoir de grandes difficultés parfois à travailler. Nous avons observé la pâleur des téguments de ces informatrices. Ainsi elles affirment :

*...il m'est difficile de travailler...c'est ce qui me dérange le plus... (W4).*

*...je n'ai pas consulté pour cela ...je suis trop fatiguée...je garde mes forces pour l'accouchement... (K3b).*

Interrogées sur les soins qui soulagent leur malaise, des informatrices expliquent :

*...je continue à travailler mais je suis plus fatiguée...c'est normal quand on est enceinte (K2a).*

*...j'essaie de manger plus ...mais je suis toujours fatiguée..il faut essayer de se reposer (B4a).*

*...les femmes sont comme la terre...il y a des femmes qui sont comme du sable, très fragiles et le moindre vent balaie tout ...le moindre travail les épuise..il y en a d'autres qui sont comme la terre de roche, rien ne les*

*touche, rien ne s'arrache.. elles sont solides et peuvent travailler fort...c'est comme cela (D1c).*

*...la fatigue chez des femmes...c'est comme cela....ça dure..rien ne peut aider (B3b).*

De plus, il semble que les carences en fer, chez des informatrices principales, persistent depuis longtemps, avant même les grossesses. “ *ça fait longtemps que je suis comme cela ...avant de me marier....et j'ai eu un bébé quand même..je peux continuer à travailler...il est vrai que je suis très fatiguée le soir..* ” (B4).

On peut imaginer que des informatrices s'adaptent à cette condition au cours des années. Les grossesses répétées et une alimentation de moins bonne qualité combinée à une consommation régulière de charbon de bois et d'argile compromettent sérieusement la qualité de vie et la santé de ces femmes.

Pour des informatrices, les besoins nutritionnels ne sont pas leur préoccupation première. En effet, il est plus important de combler les rôles que la société et la famille attendent d'elles. “ *..mais il est plus difficile pour moi de travailler comme les autres femmes de la maison.. c'est difficile pour la famille...* ” (W6).

Nous n'avons pas rencontré d'informatrices principales de milieu urbain qui présentent des manifestations aussi marquées d'anémie quoique les sages-femmes , informatrices contextuelles, nous disent en rencontrer très souvent surtout lors des accouchements. Dans la plupart des cas, ces femmes ont consulté une fois et très souvent jamais.

Augmenter et maintenir ses forces physiques constitue une signification de soin générique qui se comprend à la lumière de l'importance pour les informatrices de respecter

l'éthique de travail des femmes. Manger des aliments fortifiants s'avère une expression de soin saine. Par contre, la pratique de consommer du charbon de bois et de l'argile compromet sérieusement la santé des informatrices et celles de leur bébé en exacerbant ou en provoquant leur état anémique.

### **Vivre en harmonie avec son environnement**

Selon une perspective infirmière, l'environnement se définit comme le milieu externe et interne. Les informatrices principales croient à l'importance de créer un climat d'harmonie intérieure en négociant avec leur environnement externe.

Les informatrices principales ont insisté sur l'importance, à la période prénatale, de vivre en harmonie avec leur environnement afin d'éviter les complications et favoriser une détente essentielle à la santé. Les expressions de soin les plus souvent mentionnées sont les suivantes: se conforter par la présence des femmes de la famille, éviter les émotions fortes, éviter des substances tabous et éviter de prendre froid.

#### **Se conforter par la présence des autres femmes**

Les informatrices de l'étude de tous les milieux ont souligné l'importance d'être entourées et comprises par les femmes de la famille pour se sentir en harmonie.

*...quand nous sommes enceintes..toutes les femmes sont là pour nous...on peut toujours compter sur elles...(W2).*

*...c'est important de ne pas vivre seule... surtout pendant la grossesse... (D2).*

*...les femmes de la famille...c'est notre richesse...elles sont toujours là... (Gabch 2).*

*...tout se vit ensemble...entre femmes... (Gabès2).*

L'importance de cette présence attentionnée des autres femmes de la famille est une source de réconfort en tout temps et contribue à créer ce climat de calme recherché plus spécifiquement à la période prénatale.

*...les femmes prennent soin que tout soit calme...savoir qu'elles sont là, nous soulage... (K3b).*

*...on se sent en confiance...tout est plus facile... (Gabès 2).*

Les pèlerinages et les différents rituels que nous avons décrits antérieurement sont toujours vécus avec beaucoup de plaisir entre femmes. “ *Prier...c'est toujours avec les femmes...c'est plus réconfortant...* ” (B2b).

C'est dans cet esprit de sororité que, très souvent, des informatrices nous invitaient à partager leurs activités ou à prendre le thé afin d'éviter que nous nous retrouvions seules. Des discussions, empreintes de sensibilité et de curiosité, sur nos modes de vie et surtout sur les valeurs plus individualistes qui animent les femmes occidentales étaient toujours sources d'étonnement et de plaisir pour nous et les informatrices. /

### **Éviter les émotions fortes**

Une croyance répandue dans cette région de la Tunisie est que les émotions fortes, telles que la colère ou le stress, doivent être évitées pendant la grossesse parce qu'elles bouleversent l'équilibre du corps et peuvent ainsi provoquer des complications, notamment la naissance prématurée et la fausse-couche. Des informatrices de tous les milieux considèrent qu'il est de première importance de rester calme pendant cette période, de ne penser à rien qui pourrait venir troubler cet état, d'éviter toutes les situations d'inquiétude.

*...Si vous passez par de grosses émotions, le bébé aussi passe par ces émotions ...il aura mauvais tempérament (K3b).*

*...C'est important de tout faire pour ne pas se fâcher..se sentir en paix (G2f).  
...quand on se sent tendue..on fait autre chose....on va prier...la famille va comprendre...(B1a).*

Nous avons observé et ressenti cette disposition intérieure chez des informatrices.

En effet, à plusieurs reprises, nous avons vu des informatrices se retirer lorsque les discussions devenaient trop animées au sein de la famille. Elles s'intéressaient alors à un travail manuel ou tentaient de s'isoler pour retrouver cette harmonie recherchée.

Des belles-mères, informatrices générales, nous ont avoué qu'elles évitaient même de discuter avec leur belle-fille enceinte afin de favoriser le calme et la détente pendant qu'elles travaillent : “ *J'évite de parler de problèmes.....je peux même lui cacher des choses* ” (Arm).

Plusieurs hommes, informateurs contextuels, nous ont confié qu'ils devaient manifester une grande tolérance à l'égard des désirs des femmes et ainsi éviter de provoquer des émotions fortes chez la mère qui auraient comme conséquence de nuire au bébé. Cette tolérance peut comprendre parfois même l'éloignement du mari (B3). Ainsi, des informatrices de différents milieux expriment :

*...Le mari est plus gentil (G1f), (G2c), (Gabès 5).*

*...Le mari a changé d'attitude , une fois qu'il a su que j'étais enceinte..., il me donne ce que je désire ...il fait attention à mon calme (Gabès 2).*

*...C'est le plus bel état .....quand tout va bien , on fait notre travail, la tête légère...personne ne nous accable.....il faut que ce soit comme cela! (B4).*

Par contre lorsque la date prévue de l'accouchement approche, il est permis de tenter de provoquer le travail en créant des effets surprises à la mère, en la faisant sursauter par des bruits ou des cris. Ainsi un informateur contextuel nous raconte qu'il avait surpris sa femme en tirant un coup de fusil à l'improviste et que son travail avait débuté dans les heures qui ont suivies (*Be*).

Des informatrices nous expliquent que cet état se doit d'être passager :

*...on doit rester calme ..jusqu'au moment de l'accouchement mais lorsqu'on est trop calme ..tout peut être retardé...le bébé doit savoir...(K1b).*

*...tout devient plus agité...on sait et le bébé sait que le temps est venu (W4).*

Ainsi toute la famille collabore à créer ce climat de calme et de paix intérieure qui favorise l'harmonie.

### **Éviter des substances tabous**

Parmi les substances tabous, il existe la gomme à mâcher et les herbes de la montagne.

La gomme à mâcher, très appréciée par les femmes, est reconnue comme étant une substance qui fatigue la mère et engendre un gros bébé (*K2c, D1a, W2, W, 4*).

Les herbes de montagne sont reconnues par les informatrices pour leurs nombreuses propriétés gynécologiques et constituent, selon elles, un danger pendant la grossesse. Ces herbes peuvent provoquer des avortements ou accouchements prématurés.

Par contre, les herbes de montagne préparées dans le couscous ou en tisane sont recommandées dans les cas d'infections vaginales et de stérilité. À ces fins, la matrone

confectionne même un tampon à partir de laine, de miel et d'un mélange de ces herbes qui est inséré dans le vagin pour une période plus ou moins longue. Les herbes de montagne facilitent le travail de l'accouchement et sont essentielles à la période postnatale pour " *bien nettoyer* " mais elles sont considérées tabous pendant la grossesse.

Les herbes les plus fréquemment mentionnées sont le genévrier arane, le thym zater, le romarin, l'armoise blanche chicha, le girofle gonanfai, la bette silak, le cumin camoun, l'aubépine kalil, la lavande kazana, l'œillet, le jujubier et le lotus sidana (voir Annexe V).

Le helba, une légumineuse proscrite lors de la grossesse, est réservée à la nouvelle accouchée afin de faciliter l'écoulement des lochies (voir Annexe IV, photo 35).

### **Éviter de prendre froid**

Les informatrices principales ont discuté de l'importance pour une femme enceinte d'éviter de prendre froid même pendant les périodes chaudes de l'été. Ainsi, nous avons observé des informatrices porter plusieurs couches de vêtements lorsqu'elles se déplaçaient à l'extérieur de la maison et surtout lorsqu'elles travaillaient au champ.

*...Il faut porter au moins trois paires de chaussettes pour éviter de prendre froid (Gabès 3).*

*...Il faut se couvrir la tête ...pour éviter de perdre la chaleur... (K3a).*

*...Il ne faut pas s'asseoir par terre, il faut mettre un carton... (Gabch2).*

*...Il faut éviter de prendre froid quand on se lave... (K1d).*

*...Il faut éviter de se mouiller les pieds quand nous allons chercher l'eau ou quand nous lavons les légumes (B3a).*

Les risques d'avortements spontanés ou de travail prématuré sont les raisons évoquées pour éviter de prendre froid. Un environnement froid est donc considéré menaçant à la période prénatale. Cette même expression de soin générique qui découle de la théorie du " chaud et du froid " d'une vision du monde plus holiste que magico-religieuse, se retrouve dans plusieurs contextes culturels comme les communautés asiatiques et sud-américaines.

Pour plusieurs professionnels de la santé rencontrés, les expressions de soin décrites découlent de croyances irrationnelles. Les informatrices principales ont démontré que les significations de soins génériques découlent des valeurs propres au contexte socioculturel de la région du sud de la Tunisie. Ainsi, la cohérence et l'efficacité des expressions de soins génériques ne peuvent être accessibles que par une compréhension approfondie de ce contexte.

L'ensemble des résultats de notre étude nous apprend que, dans cette société patriarcale du sud de la Tunisie, les significations de soins génériques qui vont au delà de la période prénatale, viennent en quelque sorte nourrir l'ordre social. En effet, nous avons vu qu'elles découlent d'un ensemble de représentations construites à partir de symboles socialement et spirituellement sanctionnés. Ces représentations acquises lors du processus de socialisation, alimentent et confortent la vision que chacun doit avoir des rapports sociaux de genre. Ainsi ces représentations sont au service du pouvoir dominant, de ceux qui contrôlent culturellement, politiquement et économiquement l'ordre social, les hommes. Le statut privilégié de belle-mère vient renforcer ces représentations confortables du régime patriarcal.

Maintenir l'honneur de la famille, respecter l'éthique de travail des femmes dans le plus grand respect de l'autorité hiérarchique familiale comme significations de soins génériques, démontrent que les informatrices ont intériorisé ces représentations comme normes sociales. Les expressions de soin visent surtout à éviter de transgresser ces normes et les tensions sociales qui peuvent en découler.

Négliger certaines activités de travail dont elles sont responsables, se déplacer seule pour se rendre à la consultation au risque de se faire voir par les hommes des autres familles, dévier du code de conduite prescrit aux femmes de cette région, engendrent des tensions sociales. Plusieurs informatrices ont fait le lien entre les tensions sociales et le concept de stress tel que véhiculé par les professionnels de la santé et par la culture occidentale. En ce sens, au même titre que le stress, les tensions sociales exercent des effets délétères sur la santé des informatrices et de leur bébé.

Pour détourner la rigueur de la tradition, les informatrices, tout en acceptant leur statut, font en sorte de se réserver des espaces de plaisir au sein même de ce système traditionnel. Comme la maternité apporte aux femmes un statut privilégié au sein de la famille traditionnelle du sud de la Tunisie, ces femmes sont en droit de revendiquer des privilèges qui ne font pas partie habituellement des normes sociales. Les hommes et les belles-mères reconnaissent ces privilèges pour éviter des complications, soit à la mère, soit au bébé. L'importance de satisfaire les envies des femmes enceintes, de leur procurer beaucoup de calme en évitant toute émotion intense, de se déplacer vers des lieux de pèlerinages sont des expressions de soins génériques qui offrent un espace de plaisir et la possibilité de transgresser certaines normes sociales de soumission et d'isolement.

De façon importante, nous croyons que le contexte socioculturel du sud de la Tunisie impose aux femmes de cette région une lourdeur de travail dont les diverses caractéristiques peuvent avoir des conséquences nocives sur leur santé et leur bien-être ainsi que celui de leur bébé. Les corvées d'eau et de combustible sur de longue distance engendrent des malaises importants comme des maux de dos et des migraines. Le travail aux champs est accompli sans aucune aide mécanique et le type de tâches que les femmes effectuent les expose à des risques élevés pendant la grossesse. De plus, les femmes ne sont pas informées des dangers liés à l'utilisation des insecticides. De même, l'entretien des animaux constitue un risque réel pour elle et le bébé. Le travail ménager, le soin des enfants et les travaux d'artisanat s'ajoutent à l'ensemble des responsabilités reléguées aux femmes. Lorsque l'on tient compte de l'ensemble du travail des femmes du sud de la Tunisie, les journées de travail sont beaucoup plus longues pour ces femmes causant ainsi une fatigue extrême. Les femmes ont donc moins de loisirs et de temps libre. Il est extrêmement difficile, dans ce contexte, de trouver le temps de s'occuper adéquatement de leurs problèmes de santé et encore moins de consulter les services de soins professionnels préventifs à la période prénatale.

Pour respecter l'éthique de travail, les informatrices ont recours à diverses expressions de soin qui visent à renforcer et maintenir leurs capacités physiques comme manger des aliments fortifiants. L'argile et le charbon de bois leur offrent une certaine stimulation pour accomplir leur travail mais constituent une menace réelle à la santé de la mère et de l'enfant et de ce fait, mérite une attention particulière de la part des professionnels de la santé.

Les expressions et les significations de soins génériques contribuent à tisser la toile de fond des connaissances partagées sur laquelle s'articule l'expérience de santé prénatale. Cette expérience ne peut être qu'enrichie par une compréhension des expressions et des significations de soins professionnels telles que perçues par les informatrices

### **LES EXPRESSIONS ET LES SIGNIFICATIONS**

#### **DE SOINS PROFESSIONNELS**

Les informatrices principales n'ont pas facilement discuté de leurs expériences avec les services de soins professionnels. Les expressions de soins professionnels sont décrites en terme de la qualité des relations avec les sages-femmes et des services offerts.

Il est important de souligner que les informatrices de milieu rural et semi-urbain se sont exprimées plus librement sur ce sujet que les informatrices de milieu urbain. Morgan (1998) soutient que les entrevues doivent s'effectuer dans un environnement non menaçant pour les informatrices afin qu'elles puissent dégager un sens de leur expérience. En milieu urbain, nous avons effectué les entrevues de groupe dans les centres de santé. Ceci constitue, à notre avis, une grave lacune et on peut penser que ces femmes se sentaient moins confortables de dévoiler leurs expériences. Les témoignages recueillis en milieu urbain proviennent principalement d'entrevues individuelles dans le contexte de rencontres informelles.

Les informatrices ont longuement discuter du contexte de travail des sages-femmes. Elles ont exprimé un profond respect pour la compétence technique des sages-femmes et les connaissances qui sont associées à ces compétences :

*...les sages-femmes sont excellentes...elles ont reçu la meilleure formation.. (K1d).*

*...elles savent comment faire...quand il y a une complication...quand le bébé ne va pas bien (B3a).*

Toutes les informatrices valorisent la technologie utilisée par les sages-femmes dans les centres de santé et les maternités. Ainsi des informatrices expliquent :

*...Il y a des injections d'antibiotiques...c'est mieux...(K2c).*

*...Il y les moyens pour garder les draps propres... (D1a).*

*...Il y a les médicaments pour la douleur... (G2a).*

*...On peut prendre la tension, la température... (Gabech 1e).*

Aucune crainte ou désaccord n'est manifesté à l'égard de l'utilisation toujours grandissante d'appareils sophistiqués dans les maternités et les hôpitaux, au contraire :

*...La Tunisie a fait de grand pas....on peut avoir les même soins que chez vous.. (K3a).*

*...avec le président Ben Ali, il y a eu beaucoup d'amélioration dans les hôpitaux et on ne meurt plus comme avant... jeune...les enfants ont tous les vaccins (G2f).*

*...nous avons de grands médecins... (G2i).*

En plus d'exprimer une fierté quant aux possibilités offertes par la technologie, le confort et la sécurité assurés par la disponibilité matérielle dans les services de soins professionnels sont appréciés par plusieurs informatrices :

*...il y a des draps, un lit...c'est propre... (G2f).*

*...accoucher à la maison...la matrone n'a qu'une petite pièce de tissu et des ciseaux... (B4a).*

Ainsi, les informatrices mesurent la qualité des soins dispensés par les sages femmes très souvent en termes de compétences techniques utilisées et de matériel disponible.

*...ça permet de donner des bons soins... (D1C).*

*...on reçoit de meilleurs soins...les sages femmes ont tout ce qu'il faut pour donner de bons soins... (K2B).*

Selon Csordas et Kleinman (1996), même s'il est récent que la technologie a envahit les différentes disciplines de la santé, il est important de comprendre les attitudes des femmes en regard de la technologie. Ces attitudes influencent très souvent le choix thérapeutique (p.6). Pour la plupart des informatrices, la technologie ne constitue pas un obstacle à l'utilisation des services de soins professionnels.

Plusieurs informatrices ont aussi discuté avec beaucoup de sensibilité du contexte de vie des sages-femmes et des conditions de travail difficiles :

*..elle est souvent loin de chez elle....pour une femme c'est pas facile... d'être loin de la famille..il faut essayer de les comprendre (G1a).*

*...elle travaille souvent seule.. et nous sommes plusieurs femmes à consulter.. elles sont trop occupées (D1c).*

*...il y a des femmes qui sont vraiment difficiles...ce n'est pas toujours facile (B3a).*

Lors des visites effectuées dans divers centres de santé ainsi que dans les maternités, des sages femmes ont discuté librement de la solitude et de l'ennui qu'elles

vivaient. Plusieurs ont mentionné que, pour des raisons de sécurité, des limites imposées à la mobilité des femmes et de l'importance de la présence des femmes dans leur famille, il est souvent difficile d'accepter une affectation dans les milieux ruraux de la région du sud. Les informatrices reconnaissent cette situation et ont ainsi exprimé beaucoup de respect envers les obligations reliées au travail des sages-femmes.

Après plusieurs rencontres, les informatrices ont exprimé très timidement comment elles percevaient les soins professionnels offerts par les sages-femmes. Les significations de soins professionnels qui émergent des données recueillies sont les suivantes : une pauvre qualité des relations interpersonnelles et une distance socioculturelle manifeste.

**Tableau VIII**

**LES SIGNIFICATIONS ET LES EXPRESSIONS DE SOINS PROFESSIONNELS**

<b>Significations</b>	<b>Expressions</b>
Une pauvre qualité des relations interpersonnelles	Des approches moralisantes Un manque de respect et d'écoute Des attitudes brusques lors des accouchements
Une distance socioculturelle manifeste	Des différences au niveau de la tenue vestimentaire Des différences au niveau des normes d'hygiène Des différences au niveau du statut social Des différences au niveau de la conception du suivi prénatal

**Une pauvre qualité des relations interpersonnelles**

Une pauvre qualité des relations interpersonnelles est le plus souvent dénoncée et s'exprime en terme d'approches moralisantes, un manque de respect et d'écoute, des attitudes brusques lors des accouchements .

### **Des approches moralisantes**

Tout en respectant les compétences techniques et les connaissances des sages-femmes, les perceptions des informatrices de tous les milieux sont fortement entachées d'expériences négatives vécues soit par elles-mêmes, soit par des femmes de la famille ou du voisinage. Les informatrices expliquent ces expériences le plus souvent par leur incapacité de répondre aux objectifs visés par les interventions qui découlent du programme national de planification familiale. Il nous apparaît donc important de situer ici ce programme.

Dès ses débuts, en 1966, le programme national de planification familiale a été implanté dans les centres de protection maternelle et infantile, responsables des services prénatals de soins professionnels. De 1973 à 1984, ce programme a été confié à une structure autonome " Office National du Planning Familial " . Depuis 1984, une nouvelle approche axée sur la famille est promulguée et cette structure est devenue l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP), offrant toujours les services de consultations professionnelles en périnatalité.

L'ONFP est reconnu à un niveau international comme " Centre d'excellence pour la formation internationale en matière de population et de santé reproductive " Diverses enquêtes démographiques tunisiennes démontrent que la majorité des femmes en âge de reproduction ont reçu de l'information sur les méthodes contraceptives (Armitage, 1993; ONFP, 1997).

Spontanément des informatrices principales ont discuté de la signification qu'elles donnent aux pratiques contraceptives, signification qui va souvent à l'encontre des

programmes mis de l'avant par l'ONFP. Les pratiques contraceptives représentent pour elles un moyen de limiter les naissances et non un moyen de les espacer.

*...Je connais les moyens mais quand viendra le temps, j'y verrai...après avoir eu les enfants qu'on veut... (G1d).*

*...Après avoir eu mes trois enfants...j'y verrai... (G2f).*

*...Les femmes ici l'utilisent après 30 ans quand elles ont eu les enfants...on s'y intéresse à ce moment... (Gabès 4).*

*...Il faut prendre les enfants que Dieu nous envoie et par la suite on peut y penser... (DIC).*

*...Les enfants sont les fleurs de la vie, nous dit le Coran...il faut les avoir quand nous sommes jeunes... (W5).*

Selon des informatrices principales, c'est en partie pour cette raison que les avis des professionnels de la santé concernant l'utilisation d'une méthode contraceptive après les accouchements sont plus ou moins respectés. On préfère toujours s'appuyer sur la croyance que l'allaitement constitue un moyen sécuritaire pour espacer les grossesses.

Les croyances des informatrices principales en matière de contraception reposent donc sur une rationalité qui découle de leur vision du monde. Comme nous l'avons vu, elles choisissent d'avoir des enfants pour donner un sens à leur vie et pour construire une identité sociale. Dans ce contexte, les programmes de planification des naissances tels que définis par les organismes internationaux ne cadrent pas toujours avec le sens commun.

Un informateur contextuel nous confie qu'à ses débuts, le programme de planification familiale visait l'obtention de résultats concrets en terme de réduction importante du taux de natalité et ça, peu importe les approches souvent coercitives

utilisées. Ces approches reviennent spontanément chez plusieurs professionnels en situation de conflits de valeurs avec leur clientèle (Bec) . Et comme le souligne une informatrice de milieu urbain : “ *C’est une question de chiffres...on veut que la femme ait un moyen de contraception, on ne s’occupe pas de ce que la femme veut...*  ” (Gabès 3).

Les approches moralisantes des sages-femmes s’adressent principalement aux femmes multipares :

*...à ma première visite prénatale, la sage-femme m’a demandé pourquoi je n’avais pas pris de contraceptifs...je n’ai rien répondu.. (K3b).*

*...on me demande combien d’enfants je compte avoir.. (B4a).*

Une informatrice générale raconte l’expérience difficile vécue au moment où elle désirait se faire enlever son stérilet :

*...on m’a demandé des questions difficiles...si je voulais d’autres enfants... et quand....et on a refusé de m’enlever mon stérilet...je l’ai fait moi-même...je ne veux plus les voir... sauf si je suis malade, j’irai voir le Dr... (Ami).*

De même, une informatrice qui avait accouché dans une maternité explique qu’on lui a refusé des analgésiques parce qu’elle en était à son troisième bébé en cinq ans :

*“ ...la sage-femme m’a dit de me taire et d’y penser avant de faire d’autres enfants ”*  
(W4)

Le programme de planification familiale insiste toujours sur les risques pour la santé d’une “ fécondité excessive ”, c’est-à-dire de grossesses trop nombreuses, trop rapprochées ou non désirées. Or les informatrices rencontrées disent se soucier davantage d’une maternité “ réussie ”. Comme nous l’avons vu, elles utilisent surtout des

expressions de soin de nature spirituelle dans l'espoir de concevoir un enfant ou d'éviter une fausse-couche.

La Tunisie est le pays le plus souvent cité en exemple pour son succès en matière de programme de planification des naissances (Faour 1989; Ennasifer, 1988). Par contre, les approches préconisées pour atteindre de telles performances ne sont pas sans avoir laissé des séquelles importantes sur les perceptions du soin professionnel des informatrices rencontrées, créant ainsi un obstacle réel à l'utilisation des services prénatals de soins professionnels.

### **Un manque de respect et d'écoute**

Une pauvre écoute et des attitudes irrespectueuses qui se traduisent par un manque de confidentialité, un manque de disponibilité lors des consultations et des périodes d'attente très longues sont sources d'insatisfaction pour des informatrices :

*...on ne nous écoute pas ...on n'a pas le temps de se parler et on attend très longtemps...(B4a).*

*...si on nous écoutait...elle parle sans cesse...elle ne sourit pas (K2b).*

*...elle me traite comme une petite fille...comme si je ne connaissais rien... (K1a).*

*...tout le monde peut entendre... (B1b).*

*...j'ai du travail moi aussi ....je ne peux perdre mon temps à la consultation (Gabès 2).*

Lors des périodes d'observations effectuées dans des centres de santé, nous avons constaté que les sages-femmes sont souvent débordées de travail et celles-ci se plaignent de n'avoir ni le temps ni l'énergie nécessaires pour fournir de longues explications. Les

frustrations quotidiennes souvent provoquées par l'impossibilité de faire face aux urgences obstétricales sapent leur motivation et, enfin de compte, la qualité des relations, nous disent des sages-femmes.

Des informatrices de milieu rural se plaignent des soins dispensés par des sages-femmes. Elles les accusent fréquemment d'être impatientes, parfois même grossières et négligentes. C'est pourquoi, elles disent s'occuper de leur problème à la maison le plus souvent.

### **Des attitudes brusques lors des accouchements**

Même si des informatrices ne voient pas la nécessité de recevoir des soins à la période prénatale, plusieurs sont convaincues de l'importance d'accoucher avec une sage-femme, soit à la maternité, soit dans un hôpital. Elles avouent tout de même vivre beaucoup d'appréhensions face aux attitudes des sages-femmes qualifiées très souvent de brutales. En effet, certaines informatrices de milieu rural ont avoué avoir été frappées parce qu'elles criaient pendant le travail (*D1b*) (*K3b*).

Les informatrices avouent que bon nombre de femmes ont eu de mauvaises expériences avec des sages-femmes et elles hésitent à y retourner, même si cela doit compromettre leur santé. De plus, les femmes sont influencées par les histoires négatives que leur racontent les autres femmes de la famille et du voisinage. Ces craintes contribuent aussi à diminuer l'assiduité aux consultations à la période prénatale.

### **Une distance socioculturelle manifeste**

Des informatrices reprochent à plusieurs sages-femmes une distance socio-culturelle manifeste, qui s'exprime en terme de différences au niveau de la tenue vestimentaire, des normes d'hygiène, de statut social et de la conception du suivi prénatal.

#### **Des différences au niveau de la tenue vestimentaire**

Des informatrices disent ne pas s'identifier à plusieurs sages femmes rencontrées, de par leur tenue vestimentaire qui ne correspond pas au code de conduite prescrit aux femmes de cette région :

*...Elles ne s'habillent pas comme nous... (B3a).*

*...Elles viennent de la côte, elles portent des jupes courtes...elles sont toutes maquillées...c'est difficile de leur parler... (W6).*

Les différences vestimentaires fondent parfois non seulement une méfiance profonde face aux sages-femmes perçues comme étrangères mais aussi une distance face aux services de soins professionnels considérés aussi comme étrangers par la nature de ce type de message analogique véhiculé.

#### **Des différences au niveau des normes d'hygiène**

Des informatrices de milieu rural se plaignent d'avoir été durement interpellées ou de s'être fait réprimander par des sages-femmes qui jugeaient qu'elles ne répondaient pas à leurs attentes en terme d'hygiène.

*...Je ne peux pas toujours être propre comme elles...c'est compliqué de se préparer pour aller à la consultation... (W4).*

*...une sage femme m'a déjà dit que je me comportais comme une chèvre dans mon troupeau (K2b).*

*...on m'a dit que mes vêtements sentaient mauvais...j'étais gênée (B4a).*

*...marcher pour aller chercher l'eau...marcher pour aller à la consultation...on ne peut pas toujours être propre (D1c).*

Transmis dans ce cadre culpabilisant, les messages et les recommandations en matière de santé prénatale constituent pour des informatrices une source de stress supplémentaire et par le fait même, une surcharge d'émotions qu'elles se doivent d'éviter pour assurer le bien-être de leur bébé.

### **Des différences au niveau du statut social**

Certaines informatrices pensent que, le fait qu'elles soient analphabètes, peu scolarisées et plus pauvres, elles ne reçoivent pas le même soin.

*...tout se passe très vite...avec moi...c'est pas comme une femme qui vient de la ville comme elle et qui sait lire... (W4).*

*...ces sages-femmes ne nous comprennent pas et nous jugent, on donne plus de temps à des femmes comme elles... (K2b)*

Plusieurs femmes ont mentionné le fait qu'elles étaient gênées et qu'elles évitaient de confronter les sages-femmes par des questions de clarification. Le jargon médical utilisé par plusieurs sages-femmes était perçu comme étant intimidant et surtout insultant.

Une expérience nous permet de mieux comprendre cette perception des informatrices. En effet, nous avons participé à des classes d'alphabétisation destinées spécifiquement aux femmes de la région de Gabès et certains témoignages confirment l'importance pour les femmes d'une meilleure instruction.

*...venir ici et apprendre des choses ...on s'aime plus, ... on sait des choses ...on apprend (Ar).*

*...partout, on est traité avec plus de respect et de considération... (G2f)*

On peut donc penser que l'instruction permet d'accroître la confiance en soi et par le fait même améliore la communication avec les professionnels de la santé.

Plusieurs informatrices déplorent le fait que les sages-femmes sont originaires d'une autre région de la Tunisie :

*...on ne parle pas la même langue.. (W2).*

*...Donner des bons soins..c'est pas comme une sage-femme qui vient d'ici, elle nous connaît, elle sait comment on pense, elle sait que c'est important pour nous avoir des enfants (B3b).*

*...Nous ne comprenons pas ce qu'elles nous disent...elles prennent des airs... (B3b).*

Ainsi les informatrices croient que les sages-femmes qui sont de la même communauté qu'elles, dispensent de meilleurs soins que celles qui viennent de l'extérieur, parce qu'elles partagent les mêmes antécédents culturels ainsi que des expériences communes.

Dans un contexte où l'âge confère le droit au respect, le manque d'expérience de vie des sages-femmes, leur jeune âge et leur manque maturité sont souvent reprochés :

*" ...elles sont jeunes...très souvent n'ont pas eu d'enfants.... " (W6).*

Les informatrices préfèrent des femmes mûres, qui sont mariées et ont eu des enfants parce qu'elles pensent qu'elles seraient mieux à même de les comprendre et de sympathiser avec leurs problèmes.

Ces différences marquent la distance socioculturelle créant ainsi des fossés de communication, compromettant ainsi l'objectivité de ces services. Des informatrices craignent très souvent de se heurter à des attitudes de rejet de la part des sages-femmes.

Lorsque la grossesse se déroule normalement, les informatrices disent préférer s'abstenir de consulter une professionnelle à la période prénatale pour ces raisons.

### **Des différences au niveau de la conception du suivi prénatal professionnel**

Plusieurs informatrices principales ont d'abord soulevé le fait que des sages-femmes semblaient suivre un protocole de visite prénatale qui ne répondait pas à leurs besoins.

*...Elles font des bilans et après.. qu'est-ce qu'elles font... (Gabech1b).*

*...Elles font des gestes que nous ne comprenons pas...nous aimerions qu'elles expliquent ce qui se passe...(K1d).*

*...Nous devons consulter quand elles le veulent... (G2d).*

*...On apprend plus des autres femmes... (D1c).*

Mises à part la première visite où les femmes veulent une confirmation de leur grossesse et la dernière visite où elles veulent connaître la date prévue de l'accouchement, les autres visites de suivi semblent peu appropriées. L'attention des sages femmes est surtout mise sur les facteurs de risque et vise des changements de comportement. Il existe donc un biais dans les significations de nature individuelle données à l'expérience de santé prénatale et les propositions faites par les sages-femmes.

Ainsi, les informatrices principales perçoivent les sages-femmes comme des professionnelles compétentes, puissantes, très souvent éloignées de leur réalité et insensibles à leurs préoccupations quotidiennes. Comme le souligne une informatrice :

*“ on a souvent l'impression qu'on se voit pour des raisons différentes...” (G2e).*

Des sages femmes, informatrices contextuelles reconnaissent cette réalité et disent qu'elles ne peuvent se laisser atteindre émotivement par les expériences des femmes. Il semble qu'une forme de cécité culturelle existe et sert parfois de rempart contre les effets d'un surinvestissement affectif qui va à l'encontre de l'objectivité nécessaire pour effectuer leur travail efficacement et tel que demandé par les autorités médicales.

On peut donc isoler certains aspects de la qualité des soins importantes à la période prénatale pour les informatrices : la compétence technique, les bonnes relations interpersonnelles comprenant des attributs comme la confidentialité, le respect, le tact, la douceur, le traitement d'égal à égal et une présence attentive à leurs besoins.

L'ensemble des significations et des expressions de soins professionnels perçues par les informatrices reflètent une confrontation de deux cultures différentes; une culture scientifique évidente et une culture populaire qui apparaît sous de multiples variantes par le groupe de femmes du sud de la Tunisie. Le fait d'être originaires très souvent des grandes villes ou des régions côtières, les sages-femmes véhiculent des valeurs de modernité souvent en conflit avec le code de conduite des informatrices principales ancré dans la tradition. De plus, les normes occidentales à la base de la formation scientifique qu'elles reçoivent, sont très souvent discordantes avec les réalités de leur terrain de pratique, les attentes et les besoins des femmes de cette région. Cette confrontation de deux cultures engendre nécessairement des conflits au niveau des rapports sociaux.

La connaissance des significations de soins génériques et de soins professionnels offre ainsi une meilleure compréhension d'une partie de la logique sous-jacente à l'utilisation des services de soins professionnels prénatals pour des femmes de la région du

sud de la Tunisie. Dans tous les milieux, des informatrices ont mis l'accent sur l'importance des rapports humains qui se caractérisent davantage par une valorisation des dimensions affectives et des rapports interpersonnels que par un respect formel des qualités professionnelles. La dimension humaine est à la base des rapports sociaux dans cette région de la Tunisie.

Afin de pousser notre analyse du soin culturel, les informatrices ont articulé le soin générique décrit et le soin professionnel perçu en ayant recours à une analogie culturellement signifiante; l'accouchement traditionnel et l'accouchement assisté à la maternité. Le récit de ces expériences maximise, selon elles, l'arrimage des significations de soins génériques aux significations de soins professionnels.

#### **ARTICULATION DU SOIN GÉNÉRIQUE ET DU SOIN PROFESSIONNEL**

Les informatrices principales ont fait des liens entre les expressions de soins génériques et de soins professionnels recueillies. Elles ont démontré cette articulation en faisant un parallèle entre l'accouchement traditionnel assisté par une quabla et l'accouchement à la maternité assisté par une sage-femme. De cette comparaison, des attributs d'un soin empreint de sensibilité sont énoncés.

#### **L'accouchement traditionnel**

Des informatrices principales ont voulu partager leurs expériences de soin ou celles de femmes qu'elles connaissaient, lors des accouchements traditionnels à la maison. Même si plusieurs informatrices reconnaissent les risques de ce genre d'accouchement et

préfèrent se rendre à l'hôpital ou à la maternité, elles affirment que les attitudes des matrones sont souvent plus respectueuses. Selon une informatrice : *“ elles sont heureuses elles...de recevoir la vie... ” (W3)*

Ces accoucheuses traditionnelles, habituellement d'âge mûr et originaires de la communauté locale, connaissent bien les femmes et leur famille. Elles parlent leur dialecte et partagent avec elles les mêmes croyances. Elles sont perçues comme des spécialistes des rituels car elles ont été choisies par une puissance surnaturelle. Une quabla que nous avons rencontrée, avoue qu'il est un péché de refuser d'aider une femme. Ayant été appelée par Dieu, il pourrait la punir.

Par un mélange de traditions et de coutumes, l'accouchement se pratique dans une fête d'encens et de parfums impliquant une participation active des femmes de la famille. Des informatrices ont affirmé qu'il est plus important d'être entourée de femmes de la famille que d'une sage-femme inconnue. Pour hâter le travail, les femmes font boire à la mère des tisanes aux herbes de montagne et des aliments fortifiants comme le bsissa, les œufs et le miel. La femme accouche généralement accroupie sur les jambes de la matrone, en s'adossant à un sac de terre ou de sable.

Souvent la matrone essaie de maintenir le rythme de la respiration en les faisant souffler dans une petite bouteille. Lors de l'expulsion, elle effectue des pressions abdominales et les femmes s'aident en tirant sur une corde accrochée préalablement à la fenêtre.

Les informatrices insistent sur l'importance des rituels du toucher pour les accompagner dans cette expérience de santé. Ces rituels impliquent différentes parties du

corps. La matrone fait des attouchements délicats ou des poussées au niveau des fesses. Pour faciliter l'engagement de la tête, la matrone enduit le col de l'utérus avec de l'huile.

Les informatrices ont aussi discuté de l'importance des encouragements d'ordre psychologique et magico-religieux. La naissance est considérée comme une période dangereuse où la mère et l'enfant sont exposés à des dangers physiques mais aussi spirituels. Comme rituels de protection, des prières sont dites, de l'encens est brûlé et certains aliments sont proposés. Le bébé est accueilli sur un drap où on a pris soin de mettre un peu de sable, symbole d'énergie, de propreté et de pureté dans cette région désertique.

On prend bien soin d'enterrer le placenta car on estime qu'il affecte la vie future de l'enfant. “ *En enterrant le placenta , on attache l'enfant à la terre..* ” (W2).

Ainsi, le soin lors d'un accouchement à la maison se résume à créer une ambiance de fête, à assurer une présence, à toucher et à effectuer des rituels magico-religieux d'accompagnement. On retrouve donc l'importance de plusieurs significations et expressions de soins génériques à la période prénatale qui se prolongent à l'accouchement traditionnel à la maison : la prière et l'encens pour obtenir la protection de Dieu et des Saints, la présence, les gestes et le partage entre femmes, le respect du rythme du travail pour mieux vivre en harmonie avec son environnement et l'importance de manger des aliments fortifiants pour augmenter ses capacités physiques.

### **L'accouchement à la maternité**

L'expérience de l'accouchement à la maternité se vit seule, sans un véritable accompagnement :

*...on aimerait que la sage-femme vienne nous voir...c'est long..on est loin de notre famille... (Kid).*

*...on est seule tout le long du travail...c'est tellement difficile et long (G2c).*

*..bien sûr, il y a les autres femmes..mais ce n'est pas pareil..elles aussi ont des besoins (B3a).*

Des informatrices principales déplorent aussi la privation du toucher lors du travail

et à l'accouchement :

*...on aimerait qu'elle nous touche comme une sœur... (D1c).*

*..on sent toujours qu'on est sale...on ne nous touche pas ou seulement quand c'est nécessaire (K2c).*

*...quand elle approche, on ne veut pas qu'elle soit brusque, on a vraiment peur de cela...on voudrait qu'elle nous fasse des pressions dans le dos (G1c).*

et aussi le manque de sourire :

*...jamais un sourire...tout est sérieux... (G2g).*

*..le sourire c'est ce qu'il y a de plus important dans l'accueil (K3b).*

*...on a besoin de sourire pour guérir... (B1a).*

Plusieurs informatrices ont mentionné cette croyance qu'il est important de crier

pendant le travail :

*...plus nous crions plus nous sommes soulagées..ma mère me disait pousse mais crie surtout... c'est un peu du cinéma... le temps de l'accouchement... (Gabech 2a).*

*...On peut crier comme on veut à la maison.. c'est important (Kic).*

Des informatrices ont souligné le fait qu'il est humiliant de démontrer de la douleur en présence d'étrangers et qu'il est encore plus difficile de la vivre seule. À la maternité, la règle de silence est clairement édictée selon ces informatrices.

L'accouchement à la maternité est décrit comme une expérience sécuritaire mais vécue dans la solitude, sans chaleur humaine et selon des règles de comportement bien précises. Les informatrices ont partagé leurs attentes concernant un soin empreint de sensibilité qui permettrait un accompagnement professionnel de qualité à la période périnatale. Les attributs de ce soin sont le respect, la délicatesse, la confidentialité, l'écoute, le temps, le toucher et le sourire.

Cette analogie permet de comprendre que les informatrices perçoivent leur relation avec la matrone comme ayant un caractère personnalisé, informel, solidaire et holistique qui s'oppose au caractère dépersonnalisé, formel, autoritaire et fragmenté du cadre de l'accouchement à la maternité. Personnalisé signifie que la matrone qui connaît la femme et sa famille, est centrée sur elle. Elle se préoccupe de la dimension affective et spirituelle et non seulement des dimensions biologiques du processus de la naissance.

Une fois de plus, par cette analogie entre l'accouchement traditionnel et l'accouchement à la maternité, les informatrices démontrent bien que les significations de soins génériques sont organisées en un système cohérent selon des logiques qui transgressent certaines règles de la connaissance scientifique telle qu'appliquée dans cette région de la Tunisie. Ce système cohérent de croyances, de valeurs, de mythes peut servir d'arrimage à une réorganisation des services de soins professionnels à la période prénatale.

Selon Geertz (1973), une description ethnographique est intrinsèquement incomplète puisqu'il est extrêmement difficile d'analyser la profondeur d'une expérience. Toutefois, nous croyons que la perspective constructiviste de l'approche ethnographique de cette étude, permet une compréhension renouvelée de l'expérience de soin prénatal dans le contexte socioculturel de sud de la Tunisie.

## **DISCUSSION**

Dans ce chapitre, les deux propositions théoriques énoncées lors de la conceptualisation de cette étude sont discutées à la lumière des connaissances acquises. Par la suite, des éléments de réflexion, concernant l'importance du paradigme constructiviste dans les disciplines infirmière et de sage-femme pour étudier le soin sont apportés. Les principes à la base de la philosophie des soins de santé primaires guident les recommandations pour la formation, la recherche et la pratique des sages-femmes dans la région du sud de la Tunisie. Les contributions de cette étude sont résumées dans la dernière partie de ce chapitre.

### PROPOSITIONS THÉORIQUES

Le cadre de référence choisi qui intègre les concepts de culture, de contexte culturel, de soins culturels ainsi que des rapports sociaux de genre, a guidé la formulation de deux propositions théoriques lors de la planification de cette recherche. Ces propositions sont discutées en lien avec les connaissances acquises.

#### **Première proposition**

La première proposition s'énonçait comme suit : les expressions et les significations de soin de femmes tunisiennes à la période prénatale sont à la fois différentes et similaires en milieu rural et en milieu urbain selon la structure sociale, la position sociale de la femme, les rapports sociaux de genre et de classe ainsi que l'interaction production/reproduction.

Cette recherche, effectuée auprès de femmes qui consultent le secteur public de soins professionnels, n'a pas démontré de différences significatives sur le plan socio démographique, entre les informatrices des différents milieux. Les autorités du ministère de la santé tunisien reconnaissent que le profil socioculturel des femmes de la région de Gabès et de Tataouine, peu importe le milieu, qui consultent le système public de soins professionnels à la période prénatale est assez homogène. Toutefois, il semble que des différences importantes pourraient exister chez les femmes qui consultent les services de soins professionnels dans le secteur privé. Les femmes qui fréquentent le secteur privé occupent pour la plupart des emplois rémunérés et de façon générale, elles ne participent pas aux travaux dans les champs; de ce fait, elles occupent une position sociale privilégiée.

Les informatrices des milieux urbain, semi-urbain et rural présentaient des caractéristiques comparables (voir Tableau V) et occupaient une position sociale très similaire. Nous croyons que c'est en grande partie pour cette raison que les expressions de soin à la période prénatale, construites de façon herméneutique, ont démontré plus de similitudes que de différences entre les divers milieux. Selon l'avis de plusieurs chercheurs tunisiens, il semble qu'une comparaison entre différentes régions de la Tunisie apporterait, sans contredit, des données plus significatives pour appuyer cette première proposition; par exemple, entre les régions du nord et du sud. Il existe plus de différences entre ces régions qu'à l'intérieur même des régions, peu importe le milieu.

D'une même vision du monde, en grande partie magico-religieuse, découle un ensemble de croyances, d'attentes et de normes qui guident les expressions de soins génériques des informatrices de tous les milieux. Ainsi, les thèmes de significations

suivants sont partagés par toutes les informatrices : Obtenir la protection de Dieu et des saints, maintenir l'honneur de la famille, respecter l'éthique de travail des femmes, augmenter et maintenir ses forces physiques et vivre en harmonie avec son environnement.

Il importe de souligner que même si ces thèmes sont profondément intériorisés par toutes les informatrices, il est apparu qu'en milieu urbain, des informatrices sont davantage influencées par les messages transmis par les divers média et aussi par les touristes, plus nombreux à Gabès, ce bel oasis maritime. Elles affirment vivre un malaise qui s'apparente à un stress d'acculturation, cette expérience inconfortable vécue quand les croyances et les valeurs d'origine sont remises en question (Massé, 1995). En effet, même si des informatrices démontrent une identité fortement axée sur les rôles traditionnels imposés aux femmes du sud de la Tunisie, elles ne rejettent pas pour autant certaines valeurs occidentales qui leur sont présentées. À titre d'exemple, les informatrices insistent sur l'importance d'accomplir les activités liées à leur rôle de maîtresse de maison et de mère de famille tout en valorisant l'image de la femme émancipée qui remet en question les attitudes de soumission et de résignation dictées aux femmes dans la famille tunisienne. Elles souhaitent vivre dans une maison extérieure à la famille élargie et tendre vers une relation de couple plus égalitaire. Ces remises en question suscitent parfois des conflits de valeurs avec les époux et aussi entre les membres de la famille élargie. Les informatrices n'hésitent pas à qualifier ces situations des plus stressantes. À la lumière de ces connaissances, on peut penser qu'un processus de transformation sociale est en cours dans les milieux urbains de la Tunisie.

En demeurant en dehors de la famille élargie, elles ne bénéficient pas, de la même façon, de l'entraide des autres femmes de la famille. Même si, pour plusieurs d'entre elles, certaines commodités comme l'eau et l'électricité allègent leur travail, elles assument seules l'ensemble des responsabilités qui découlent de leurs rôles traditionnels de mère et d'épouse. Afin de préserver à la fois leur autonomie, l'harmonie dans la famille et respecter les valeurs importantes dans cette région comme le respect de l'éthique de travail des femmes, les informatrices ne trouvent pas toujours le temps de consulter à la période prénatale.

Même si la grossesse est considérée comme une expérience normale de la vie des femmes, les informatrices de milieu urbain recherchent plus facilement un soin professionnel pour soulager leurs malaises physiques. Toutefois, la recherche d'aide et la consultation professionnelle s'inscrivent toujours dans un contexte curatif. Tout comme pour les informatrices de milieu rural, un suivi prénatal préventif ne fait pas partie de leurs priorités. C'est ainsi que diverses conceptions, diverses valeurs et diverses attitudes relatives au soin prénatal sont conditionnées par les rapports qui existent entre la culture, l'organisation sociale en milieu urbain et les services de soin prénatal.

Bibeau et Tremblay (1980) soutiennent que le concept de besoin est un construit façonné par la culture mais aussi par le milieu et les diverses influences extérieures qui viennent le modifier. Ainsi, notre étude démontre que l'utilisation des services prénatals de soins professionnels est moins conditionnée par les besoins objectifs de soins tels qu'identifiés par les professionnels de la santé mais que par les besoins subjectivement perçus des femmes. Resituer le vécu de l'expérience prénatale dans le contexte de la

transformation sociale permet de mieux comprendre la construction des besoins à la période prénatale de femmes de milieu urbain par rapport à des femmes de milieu rural. Cette compréhension offre une piste de réflexion sur l'importance pour les professionnels de la santé de développer des programmes et des services de soins plus sensibles aux divers contextes de vie des femmes et aux multiples influences extérieures qu'elles subissent.

### **Deuxième proposition**

La deuxième proposition était que les expressions et les significations de soins génériques et de soins professionnels à la période prénatale forment un tout cohérent avec les valeurs et des croyances culturelles du sud de la Tunisie et se modulent par les rapports sociaux de genre, de classe ainsi que par l'interaction production/ reproduction.

En effet, l'expérience prénatale pour des femmes du sud de la Tunisie est perçue dans l'ensemble des contextes culturel, social, rituel et spirituel. Les informatrices ont démontré que les expressions et les significations de soin prénatal découlent des valeurs traditionnelles patriarcales, des croyances musulmanes certes, mais aussi animistes, croyances importantes dans cette région de la Tunisie. De façon éloquente, elles ont souligné l'importance de comprendre l'influence des rapports sociaux de genre et de l'interaction production/ reproduction sur leur expérience de soin prénatal.

### **Les rapports sociaux de genre**

Le manque de pouvoir, qui découle du statut accordé aux femmes dans la société du sud de la Tunisie, exerce une influence notable sur les comportements et les décisions en matière de soin à la période prénatale. Le respect de la hiérarchie familiale dicte aux

femmes la soumission à l'autorité des hommes et des femmes plus âgées de la famille. La décision de consulter à la période prénatale relève le plus souvent des personnes en autorité sur elles.

Il apparaît important de souligner que le respect de l'univers des hommes s'inscrit aussi dans le climat politique qui prévaut actuellement en Tunisie. En effet, des informatrices craignent les forces policières et disent éviter de se faire voir sur la place publique. Selon Toscane et Lamloun (1998), les valeurs de démocratie prônées par le gouvernement tunisien se transforment en *mirages destinés à la communauté internationale et les droits des femmes en leurres* (p.3). Selon Amnistie Internationale (1997), le fossé "*entre le discours des autorités tunisiennes, qui ne cessent de proclamer leur attachement au respect des droits humains, et une réalité où les droits les plus fondamentaux sont bafoués quotidiennement*" ne cesse de se creuser. Cette organisation estime à plusieurs milliers le nombre de femmes tunisiennes qui sont victimes de répression par les forces policières faisant la lutte au mouvement islamiste.

L'ONU (1995) soutient que des stéréotypes traditionnels, qui découlent des rapports sociaux de genre influencent le soin générique et professionnel ainsi que la santé à la période prénatale. En plus de la nature du travail dont sont responsables les informatrices, d'autres stéréotypes sont apparus comme influençant le soin et la santé de femmes de la région du sud de la Tunisie, principalement l'alimentation dont elles peuvent disposer et l'accès à l'éducation.

### *L'alimentation*

Les informatrices possèdent les connaissances touchant une alimentation équilibrée pendant la grossesse. Toutefois, elles accordent plus d'importance à rechercher des aliments qui leur fourniront l'énergie nécessaire pour accomplir leurs activités et ainsi respecter l'éthique de travail des femmes. Lors des discussions, les professionnels de la santé ont dit être très préoccupés de l'état nutritionnel des femmes de cette région de la Tunisie, surtout à la période prénatale. Ils reconnaissent que lors du suivi prénatal, l'objectif vise davantage une amélioration de l'état nutritionnel des nouveau-nés. Paolisso et Leslie (1995) soutiennent que, dans les pays en développement, on s'intéresse peu au problème des carences nutritionnelles des femmes qui ne sont pas enceintes, ni allaitantes.

Tous les professionnels de la santé reconnaissent que des femmes du sud de la Tunisie souffrent de façon disproportionnée d'anémie ferriprive avant même la grossesse. L'OMS (WHO, 1994) affirme que 43% des femmes en général et 51% des femmes enceintes dans le monde souffrent de cette forme d'anémie. Cinquante-six pour cent des femmes de pays en développement sont anémiques. L'anémie constitue un risque pour les femmes enceintes puisqu'il est reconnu que la grossesse éprouve les réserves en fer. L'anémie ferriprive est une des principales causes d'hémorragie lors des accouchements et rend les femmes hautement à risque pour développer une infection puerpérale (Paolisso et Leslie, 1995). L'anémie est aussi un risque pour les femmes qui ne sont pas enceintes à cause des besoins en fer qui accompagnent la lactation et des pertes de fer associés à la menstruation. Des études sont en cours pour démontrer l'influence de l'état anémique des mères sur la croissance des enfants (Rioux, 1998).

Selon Alilio (1994), les femmes qui souffrent d'anémie ont tendance à prêter une attention moindre aux messages d'éducation. De plus, elles s'occupent généralement moins bien de leur santé et sont moins disposées à participer à des activités comme les soins prénatals, étant trop fatiguées. En effet, l'ONU (1995) affirme que l'anémie nutritionnelle exacerbe la fatigue et réduit par le fait même la capacité de travail des femmes.

Cette anémie peut aussi augmenter la vulnérabilité des femmes face aux risques reliés à leurs activités de travail. À titre d'exemple, Messing (1991) souligne qu'un organisme en bonne santé a tendance à mieux résister aux dommages causés par les produits chimiques dans le lieu de travail.

Rathgeber (1994) soutient que l'état nutritionnel des femmes peut être affecté par la distribution inégale de nourriture parmi les membres de la famille, inégalité qui est liée à leur statut social. Le respect de la hiérarchie familiale, importante au sud de la Tunisie, impose aux femmes de prendre leur repas après avoir servi les hommes de la maison. Même si les informatrices disent manger à leur faim, il se peut qu'elles mangent une nourriture de qualité et de valeur nutritive inférieure comme dans plusieurs pays où cette norme sociale est importante (ONU, 1995). Les déficiences alimentaires limitent le développement physique des femmes, compromettent leur santé et menacent leur aptitude à avoir des enfants sains (Who, 1989).

Pour respecter l'éthique de travail, les informatrices recherchent des aliments qui renforcent leurs capacités physiques. Tout en croyant que cette pratique offre une stimulation, la consommation de charbon de bois et d'argile exacerbe l'état de malnutrition

et d'anémie chez les femmes qui en consomment. Les professionnels de la santé de la région du sud de la Tunisie ont beaucoup hésité à reconnaître l'importance de cette expression de soin qui perdure depuis plusieurs générations aux dires des informatrices rencontrées dans tous les milieux. Les informatrices ne veulent pas discuter de cette pratique avec les sages-femmes qui, à leur avis, se moqueraient d'elles. Csordas et Kleinman (1996) soutiennent que le manque d'intérêt des professionnels, combiné à des préjugés défavorables associés à ces pratiques traditionnelles de soin, est perçu rapidement par les femmes; elles préfèrent donc les taire. La consommation de charbon de bois jusqu'à ce jour minimisée, suscite maintenant l'attention des autorités du ministère de la santé tunisien. Ainsi la connaissance de l'ampleur des risques reliés à cette expression de soin offre une ouverture pour réfléchir avec des femmes à des stratégies de sensibilisation plus contextuelles. Cette réflexion s'inscrit dans une volonté de reconnaître l'importance d'une plus grande participation des femmes dans l'élaboration des contenus des programmes de promotion de la santé.

### *L'accès à l'éducation*

Les informatrices, de par leur statut, ont joui d'une moins bonne éducation que les garçons. En effet, l'importance de maintenir l'honneur de la famille dicte une limitation des déplacements dès la puberté. Le respect de la hiérarchie familiale donne la préférence aux garçons pour une meilleure éducation afin qu'il puisse assurer le bien-être futur de la famille. Ces données sont importantes car la limitation à l'accès à l'éducation et à la connaissance signifie pour plusieurs femmes du sud de la Tunisie, un désavantage dans leur aptitude à reconnaître les risques, à mieux comprendre le fonctionnement de leur

corps et ainsi rechercher un soin adapté à la période prénatale. Selon Hammad (1994), la pauvreté de l'éducation crée un cercle vicieux de mythes et de désinformation qui perpétue parfois des comportements nocifs pour la santé ainsi que des pratiques dangereuses. Sermsri (1995) démontre que les femmes qui ont un niveau supérieur d'éducation ont souvent plus de pouvoir de décision dans la famille en matière de soins de santé.

Les répercussions des obstacles à l'éducation que rencontrent des femmes du sud de la Tunisie, s'étendent à l'attitude des personnes qui entourent ces femmes, y compris les sages-femmes qui les traitent avec moins de respect et de considération. Plusieurs informatrices perçoivent que l'expérience de la femme éduquée avec la sage-femme est plus positive que celle d'une femme moins éduquée.

La Banque Mondiale (1993) affirme que, dans les pays en développement, les femmes éduquées ont tendance à davantage utiliser les services de soins professionnels à la période prénatale et à recourir à une assistance spécialisée lors de leur accouchement, parce qu'un manque d'instruction diminue l'estime de soi et la confiance en ses ressources personnelles. Ce discours mérite d'être nuancé et à l'instar de Boltanski (1971), nous croyons qu'il s'agit plutôt de différences au niveau des schèmes conceptuels, différences marquées par une distance linguistique "*différences lexicologiques et syntaxiques séparant la langue des classes cultivées de la langue des classes populaires*" (p. 214). En effet, les informatrices ont dénoncé les attitudes moralisantes des sages-femmes, leur manque de respect et d'écoute, la distance socioculturelle de ces professionnels de la santé, qui se traduit par des différences au niveau de la conception même du suivi prénatal.

### **L'interaction production/reproduction**

L'intérêt porté à l'interaction production/ reproduction offre une compréhension de l'influence de toutes les activités des informatrices sur leur expérience de soin et leur santé à la période prénatale. En Tunisie, comme dans la plupart des pays du monde, les répercussions du travail des femmes sur leur santé constitue un domaine d'étude passablement négligé (Berr, 1994; Haile, 1994; Vlassoff, 1994). Selon Hatcher et Law (1994), ce manque d'intérêt est lié au statut inférieur que plusieurs sociétés accordent au travail des femmes en général. Les statistiques disponibles sur le travail des femmes en Tunisie tiennent peu compte de tout le travail effectué dans le secteur non structuré. L'organisation internationale du travail (ILO, 1994) soutient que la plupart des gouvernements omettent dans leurs statistiques, une grande partie du travail des femmes essentiel à la subsistance du ménage comme la collecte de combustible et d'eau, l'élevage et l'entretien des animaux ainsi que les travaux d'artisanat. Les activités des informatrices sont, pour la plupart, liées aux occupations familiales et font ainsi partie du secteur informel.

Bien que l'OIT ait élargi sa définition du travail productif en 1982 de façon à comprendre " tout travail rémunéré ou générant un profit et toute production et tout traitement des produits primaires, que ce soit pour le marché, l'échange ou la consommation à la maison ", il semble que cette nouvelle norme est loin d'être universellement appliquée (ILO, 1994). Selon Nayak-Mukherjee (1991), même les enquêteurs peuvent ne pas identifier ce que font les femmes comme étant du travail mais considérer que cela fait partie de leurs responsabilités. Dans ce contexte, on peut

comprendre que les informatrices considèrent leur contribution dans les exploitations familiales et même leurs activités d'artisanat comme un prolongement de leur travail domestique.

### *Le travail aux champs*

En Tunisie, comme dans tous les pays du monde, il existe très peu de recherches sur les risques pour la santé associés au travail dans le secteur agricole. Il en est ainsi au Canada. En effet, Messing (1991) rapporte que les travailleuses agricoles ont été exclues d'une importante recherche continue sur le cancer parmi les exploitants agricoles, intitulée " *étude sur la mortalité des exploitants agricoles canadiens* ". Cette exclusion était liée au fait que la définition d'exploitant utilisée par Statistique Canada ne comprenait que les propriétaires d'exploitation agricole et que les femmes constituaient moins de 4 % de cette catégorie.

En plus d'être dévalorisé, le travail aux champs est des plus ardues et fatiguants. Nous avons pu identifier plusieurs risques de santé associés au travail effectué par les informatrices. Selon Engberg (1993), la position accroupie et penchée pendant des heures exerce une pression sur l'utérus pouvant provoquer un déclenchement prématuré du travail et de l'accouchement. De plus, cette position les expose à des risques élevés de maux de dos et de jambes. Mencher (1988) soutient que le travail physique répétitif exigé en agriculture, comme le désherbage, le ramassage et le tri, est associé aux problèmes musculo-squelettiques et aux troubles des tissus mous ainsi qu'aux arthroses des mains, des genoux et des hanches.

Les informatrices n'utilisent pas d'aide mécanique pour effectuer leurs travaux aux champs. Nos observations ainsi que les témoignages des informatrices corroborent les résultats de Butler, Pisurki et Meija (1987), à savoir que, lorsque les technologies agricoles sont introduites par les organismes de développement, la technologie et la formation connexe sont le plus souvent réservées aux hommes. Les femmes disent ne pas avoir le temps.

Bourdieu (1998) discute, à partir de sa description ethnographique de la société kabyle d'Algérie, des structures symboliques de la vision androcentrique particulièrement prégnante dans les pays méditerranéens. Il soutient que cette vision dévoile le principe même de la légitimation de la domination. La dominée applique des catégories construites du point de vue du dominateur, les faisant apparaître comme naturelles. Les structures symboliques de la division sexuelle du travail agissent selon certains principes, entre autres celui de “ *conférer à l'homme le monopole du maniement des objets techniques et des machines* ” (p. 101).

L'utilisation des insecticides dans les champs constitue aussi un danger réel pour la santé des femmes et celle de leur bébé. En effet, il est reconnu que selon le type d'insecticide, l'exposition peut entraîner des problèmes neurologiques, des problèmes de comportement, des dermatites, des troubles de la reproduction, des problèmes pulmonaires ainsi que du foie, des lésions oculaires comme l'abrasion de la cornée et certains types de cancer (Engberg, 1993). Certains produits sont même associés à des défauts génétiques chez les enfants. Des avortements spontanés, des naissances d'enfants mort-nés et des naissances prématurées ont aussi été attribués à quelques-uns de ces

produits (Messing, 1991). Pire, il semble que plusieurs pays se débarrassent dans les pays en développement des produits chimiques qui ont été interdits dans les pays où ils ont été fabriqués à l'origine, à cause de leurs effets nocifs sur la santé ( Puta, 1994).

### *Les corvées d'eau et de bois*

Parmi les responsabilités traditionnelles des femmes au sud de la Tunisie, l'approvisionnement en eau et en bois est une tâche exigeante. Les informatrices disent avoir des migraines et des maux de dos engendrés par cette activité. Nous avons aussi remarqué plusieurs femmes âgées qui souffraient de différentes formes d'arthrose. Haile (1994) soutient que la lourdeur des charges cause une incidence accrue de maux de dos, de lombalgies, de problèmes chroniques et débilissants dans le dos et les jambes ainsi que des troubles des genoux. Le Labour Resource Centre (1995) affirme que le transport de lourdes charges peut provoquer une descente de l'utérus et a été associé à des troubles menstruels, des fausses couches et des naissances d'enfants mort-nés.

Chatterjee (1991) soutient que les jeunes filles qui commencent jeunes à transporter ces lourdes charges d'eau, présentent des risques de scoliose. Doty (1987) démontre que chez les femmes plus âgées des pays en développement, l'invalidité fonctionnelle est essentiellement liée aux années passées à transporter l'eau et le bois. Tous ces types de dommages physiques, auxquels sont exposées des femmes de la région du sud de la Tunisie au cours de leur vie, ne peuvent qu'accroître leur fardeau des longues journées de travail.

Lors des rencontres en groupe de travail, les professionnels de la santé ont démontré beaucoup d'intérêt à discuter des risques liés au travail des femmes. Les sages-femmes

avouent ne pas toujours évaluer l'ampleur du travail imposé aux femmes qui consultent. L'organisation des services de soins professionnels ne tient pas compte de tout le travail qui relève des femmes. On a ainsi reconnu que, parmi les obstacles identifiés à l'utilisation des services de soins professionnels à la période prénatale, la gestion du temps des femmes qui consultent, a été peu considérée jusqu'à ce jour.

Notre recherche soutient l'importance d'étudier les conséquences des activités liées au travail dans toutes les expériences de santé des femmes de façon systématique et exhaustive avec des approches novatrices qui tiennent compte de la socialisation et de l'ensemble des rapports sociaux de genre.

Pour mieux comprendre les liens entre le statut des femmes et des thèmes comme l'éducation, le travail, l'alimentation et le soin, nous croyons que des études qui touchent toute la durée de la vie des femmes sont importantes, depuis le fœtus menacé par une malnutrition et le statut inférieur des jeunes femmes jusqu'à la femme postménopausique affaiblie par les divers problèmes qui se développent avec l'âge en lien avec les modes et les habitudes de vie.

À l'instar de Tabet (1985) et de Bruce (1987), les résultats de cette recherche ont souligné le fait que non seulement les valeurs et les croyances mais aussi les conditions sociales et matérielles participent fortement à la construction des expériences de santé des femmes. Ainsi, les soins qu'elles se donnent et qu'elles recherchent pour assurer leur bien-être à la période prénatale se situent en continuité avec cette construction.

## **L'INFLUENCE DES CONNAISSANCES ISSUES DU PARADIGME CONSTRUCTIVISTE SUR LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE ET LA DISCIPLINE DE SAGE-FEMME**

Comme Puentes-Markides (1992), nous croyons que des politiques de santé sensibles aux besoins des femmes et qui intègrent leur vision du monde, s'appuient sur des connaissances issues des interprétations que donnent différents acteurs intéressés à la santé des femmes. À ce jour, les recherches consultées, celles du Ministère de la Santé (1989 a, 1989 b), de Najh et al. (1993), de Soltani et al. (1993), de l'Office National de la Famille et de la Population (1997), nous permettent d'affirmer que la recherche comme la formation et la pratique dans le domaine de la santé en Tunisie, s'inscrit de façon très importante dans un paradigme réaliste de la science positiviste. Une forte tendance à quantifier et à étudier des variables engendre inévitablement une réduction de sens. Aussi, on ne recherche pas une compréhension du processus de construction sociale et culturelle qui sous-tend une problématique. Un respect constant de l'aspect multidimensionnel de l'expérience de santé et de la richesse de sens sont à la base des connaissances qui découlent du paradigme constructiviste.

Notre étude démontre que l'expérience prénatale se construit dans son contexte et ne peut être prédéterminée, justifiant ainsi la pertinence du paradigme constructiviste pour son étude. Les connaissances acquises offrent des réflexions importantes pour la discipline infirmière et la discipline de sage-femme afin de promouvoir ce paradigme pour étudier les expériences de santé des femmes. Ces réflexions touchent les champs épistémologique, téléologique, ontologique et méthodologique de ce paradigme .

### **Le champ épistémologique**

Le champ épistémologique décrit les caractéristiques, les conditions et les limites qui sous-tendent les connaissances ainsi que les justifications que l'on utilise pour légitimer ces connaissances (Audi, 1995). Le champ épistémologique est synonyme de théorie de la connaissance (Clément, Demonque, Hansen-Love, Kahn, 1994).

La discipline infirmière s'intéresse à la promotion du processus d'être et de devenir par le soin lors des expériences de santé (Boykin, 1994; Boykin et Shoenhofer, 1993). Selon Hatem-Asmar (1997), dans le monde entier, la discipline de sage-femme s'intéresse au soin de la femme et de la famille dans le processus de mise au monde de leurs enfants. Ainsi, ces deux disciplines recherchent une meilleure compréhension de tout ce qui influence le soin à la période prénatale.

L'étude démontre que l'expérience de santé prénatale est une représentation construite dans ses divers contextes. Une compréhension de l'interaction des contextes individuels, sociaux, culturels et environnementaux donne réellement un sens à cette expérience et génère des connaissances sur les divers processus de la période prénatale qui intéressent ces deux disciplines.

Les connaissances acquises avec et auprès de femmes tunisiennes, sur les divers contextes de la région du sud de la Tunisie qui donnent un sens à leur expérience prénatale, appuient les résultats de plusieurs recherches féministes qui s'inscrivent dans cette perspective épistémologique. La santé et le bien-être des femmes sont le plus souvent proportionnels à la liberté qui leur est accordée pour participer au niveau de toutes les institutions de la société tant politique, sociale et économique (Turshen 1991;

WHO, 1985). Dans le monde entier, il est démontré que des obstacles dans le contexte socioculturel menacent la santé des femmes et cette étude au sud de la Tunisie corrobore ce triste constat (Achterberg, 1991; Sherwin, 1987; Watson 1990).

Des chercheuses féministes de plusieurs disciplines se questionnent depuis plusieurs années sur les stratégies qui permettent d'exposer ces obstacles et dénoncer ainsi les valeurs culturelles patriarcales et les institutions qu'elles ont créées, valeurs qui maintiennent une inertie tout en engendrant une souffrance chez les femmes (Campbell et Bunting, 1991; Doering, 1992; MacPherson, 1983). L'importance de reconnaître à la fois ce qui rehausse le potentiel et la santé des femmes et ce qui l'opprime, fait l'objet de discussions morales et philosophiques de différentes disciplines de la santé (Reinhaz, 1992).

Pour comprendre le soin à la période prénatale, notre étude démontre que la perspective infirmière doit être enrichie d'une perspective féministe afin de mettre à jour les conséquences des assises préjudiciables des institutions patriarcales sur la santé des femmes et ainsi posséder des connaissances plus contextualisées sur le soin à la période prénatale.

La théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels de Leininger (1991) offre certes, une perspective infirmière intéressante et pertinente pour guider notre compréhension de l'univers de soin à la période prénatale. Toutefois, cette étude démontre que cette compréhension développée ne peut être que partielle, si elle n'est pas enrichie d'une perspective féministe qui a comme point de départ les rapports sociaux de genre, une dimension fondamentale de toutes les expériences de santé des femmes du

monde entier (Daune-Richard et Devreux, 1985, 1992). La théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels de Leininger et son modèle Sunrise qui illustre les dimensions conceptuelles de cette théorie, insistent sur l'importance de la contextualisation à la fois historique et culturelle de ces expériences. La perspective féministe à la base de notre étude démontre que seule une contextualisation à la fois culturelle, historique et sociale permet d'appréhender les liens entre les rapports sociaux de genre, l'univers de soin de femmes et les facteurs culturels qui interviennent dans leur actualisation.

Notre recherche informe sur l'écart existant entre les croyances qui découlent du paradigme de soin partagé par les professionnels de la santé de la région du sud de la Tunisie et celui partagé par des femmes de cette région. Les concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie, tels qu'enseignés dans les écoles de formation et véhiculés dans les protocoles de suivi professionnel prénatal, s'inscrivent plutôt dans un courant de pensée scientifique qui découle du paradigme des sciences naturelles. Selon Capra (1982), ce courant de pensée s'actualise par une dichotomie, esprit et corps. Cette dichotomie dicte des approches où l'emphase est mise sur des informations prescriptives en terme des conséquences des activités à risque pendant la grossesse. L'UNICEF (1991) démontre que les professionnels de la santé, dans les pays en développement, sont formés à mettre davantage l'accent sur la technicité, la disponibilité des équipements et la qualité des infrastructures. Le soin professionnel tel que perçu par les informatrices, réduit l'expérience de soin prénatal à des dimensions techniques et matérielles.

Pour des femmes tunisiennes, des services de qualité signifient, avant tout, des sages-femmes respectueuses et des soins qui reflètent davantage les valeurs qui constituent leur identité et leur force de mobilisation. L'influence du précepte central de la vision islamique, le Tawid, sur les expressions de soins génériques, a fait l'objet de plusieurs discussions au sein des groupes de travail. Ce précepte nous a permis de comprendre différentes situations observées et de dégager un paradigme de soin partagé par des femmes tunisiennes à la période prénatale. Le Tawid, cette unité transcendante de l'être, amène les informatrices à percevoir le monde comme un tout. La personne est donc un tout intégré où les dimensions psychologique, physique, sociale, spirituelle et existentielle sont inséparables. Une attention particulière est portée à l'interrelation de toutes ces dimensions lors des expériences de santé. Les informatrices décrivent la grossesse comme une expérience de santé normale qui intègre toutes ces dimensions de l'être. Même si on reconnaît que certaines maladies ou complications peuvent être strictement de nature fonctionnelle, les symptômes sont le plus souvent interprétés comme étant des signes de problèmes sérieux soit au niveau émotif, relationnel ou social. La dimension existentielle reliée à la temporalité, fait partie intégrante de cette approche holiste de la santé. La personne se perçoit en continuité avec son passé et son futur. En effet, l'expérience de soin prénatal de femmes tunisiennes se situe en continuité avec leurs rôles traditionnels et l'aspiration d'atteindre un jour le statut confortable de belle-mère au sein de la famille.

Le soin à la période prénatale vise à maintenir un équilibre interne et externe et à renforcer ses forces vitales. Les thèmes de significations de soins génériques s'inscrivent dans cette recherche d'équilibre dynamique. Le soin générique à la période prénatale pour

des femmes du sud de la Tunisie découle donc d'un paradigme holiste; aucune dimension de l'être n'est plus importante qu'une autre.

À l'instar de Molzahn et Northcott (1989), nous croyons que l'écart entre le paradigme scientifique et le paradigme de soin partagé par des femmes engendre un manque de congruence perceptuelle entre des femmes tunisiennes et des sages-femmes de ce pays. Ce phénomène constitue, à notre avis, un des obstacles à l'utilisation des services de soins professionnels en Tunisie.

### **Le champ téléologique**

Le champ téléologique relève d'une doctrine philosophique stipulant que les éléments de la nature ont un but ou sont organisés en fonction d'une finalité (Audi, 1995). Selon Levy (1994), ce champ est vital parce qu'il détermine l'orientation des projets développés et les intérêts de ceux qui y adhèrent.

Notre engagement téléologique a toujours été non neutre. Dès la conceptualisation, nous avons explicité les valeurs qui influençaient notre démarche de recherche. La perspective de développement associée à la perspective féministe pour étudier le concept de rapports sociaux de genre a permis de reconnaître tout le savoir et l'expérience de soins de femmes dans leur contexte. Pour un véritable développement endogène en matière de soins professionnels prénatals, nous croyons qu'une étude doit prendre la forme d'un projet local de partenariat, une étude faite par des femmes et pour des femmes. Avec des femmes tunisiennes, nous avons pu offrir une compréhension renouvelée des processus, des effets, des lacunes et également des espoirs de développement pour cette région de la Tunisie, en matière de soins à la période prénatale. Nous avons pu identifier ensemble les

connaissances à acquérir, les moyens de les acquérir et les solutions pour améliorer l'utilisation des services de soins professionnels à la période prénatale. Les professionnels de la santé ont dit ainsi mieux comprendre la problématique de sous-utilisation des services de soins prénatals. C'est pourquoi nous qualifions les connaissances générées de cette étude comme étant réellement émancipatoires en plus d'être contextualisées. Dans ce contexte, l'émancipation signifie le développement d'une compétence personnelle et un sentiment d'efficacité personnelle par une plus grande participation à tout le processus de la recherche.

À l'instar de Dagenais (1988), l'expérience démontre que l'univers de soin à la période prénatale comme pour l'ensemble des expériences de santé en lien avec la reproduction représente un lieu par excellence pour augmenter le pouvoir individuel et collectif des femmes en matière de santé.

### **Le champ méthodologique**

Le champ méthodologique décrit les méthodes, les procédés et les techniques par lesquels on appréhende le monde qui nous entoure et qui nous permettent d'arriver à des constats (Audi, 1995).

La stratégie de recherche privilégiée pour notre étude a été l'ethnographie. Il existe plusieurs positions théoriques à la base de l'approche ethnographique. En continuité avec la théorie de Diversité et d'Universalité des soins culturels (1991), Leininger (1985, 1997) propose la méthode ethnonursing. Les recherches infirmières consultées et guidées par cette théorie soutiennent la pertinence de l'approche ethnonursing pour l'étude de phénomènes de soins dans divers contextes (Bohay, 1991; Finn, 1992; Horn, 1978,

1983; Luna, 1989, 1994; Morgan, 1992; Reeb, 1992). L'ethnonursing s'apparente à l'ethnoscience en ce qui a trait à la classification rigoureuse et systématique des données dans un cadre prédéfini (Hammersley et Atkinson, 1995). Le cadre proposé en ethnonursing pour classer les données recueillies est celui du modèle de Sunrise. La méthode ethnonursing vise à documenter, décrire et surtout expliquer un phénomène de soin (Leininger, 1985, p.38). Le tout est ainsi analysé dans ses parties par le chercheur. Cette méthode se situe alors du côté des approches objectivistes qualifiées *d'heuristique passive et même silencieuse* générant des résultats contextuels certes, mais peu émancipatoires du fait d'une participation limitée de tous les acteurs (Levy, 1994, p.97).

Une ethnographie qui s'inscrit dans un paradigme constructiviste a permis de générer, avec des femmes, des connaissances sur le soin qui soient à la fois contextuelles et émancipatoires. Par une approche herméneutique, nous avons recherché une compréhension commune en s'engageant dans un processus de négociation avec les différents acteurs de la recherche. Ainsi les participants ont partagé la *responsabilité de la création du sens et de l'usage qui sera fait des solutions qu'ils proposent* (Levy 1994, p.97).

Les données recueillies ont fait l'objet de nombreuses discussions lors du processus herméneutique pour arriver à une convergence de multiples points de vue, soit ceux des femmes informatrices principales, soit ceux de divers professionnels de la santé; sages-femmes, médecins, infirmiers, éducateurs et animatrices. Ainsi, ces participants ont pu développer leurs connaissances et approfondir leur compréhension du phénomène de sous-utilisation des services de soins professionnels prénatals dans cette région de la Tunisie.

De plus, nous croyons qu'au cours du déroulement de la recherche, les sages-femmes ont acquis des outils qui renforcent leur capacité de développer de manière réflexive leurs savoirs et leurs pratiques. Nous croyons que les informatrices et les sages-femmes impliquées dans cette démarche sont sorties plus conscientes du monde auquel elles appartiennent et donc davantage capables d'avoir une action sur lui. À ce titre, nous pouvons ainsi qualifier cette collaboration de recherche d'émancipatoire .

### **Le champ ontologique**

Le champ ontologique décrit la nature, la constitution et la structure de la réalité, et ce qu'on peut savoir des entités qui existent (Audi, 1995). Il s'agit du discours de l'être devant l'être (Clément, Demonque, Hansen-Love, Kahn, 1994).

Pour respecter tous les critères de rigueur de notre étude, nous avons reconnu et validé auprès des divers participants, au fur et à mesure, l'existence des multiples perceptions de l'expérience de soin prénatal. Nous avons documenté dans un journal de bord, les attitudes jugées par les informatrices comme étant facilitantes lors de nos rencontres. Ainsi, nous avons recueilli des témoignages percutants de cette expérience de collaboration et de partage de leur monde-vécu. Nous croyons que ces attitudes auraient davantage à être investies dans la relation de soin.

La confiance en leur capacité d'affirmer leurs besoins et leurs attentes, ainsi que l'intérêt que nous avons manifesté à comprendre le soin en lien avec leurs conditions de vie ont été qualifiés de force catalytique, les incitant à une plus grande participation.

Les attitudes facilitantes sont regroupées sous des thèmes choisis par les participantes à la recherche : “ l’écoute curieuse, le maintien d’une distance compatissante , la collaboration non moralisante et le miroir de leurs forces ”.

### **L’écoute curieuse**

Pour tous les participants à la recherche, il n’était pas habituel d’associer la notion d’écoute au processus de la recherche. Plus qu’entendre ce qui est dit, il a fallu créer un espace pour accueillir la présence et les propos des personnes qui ont accepté de partager leur expérience. À notre avis, cette attitude est facilitante parce qu’elle permet d’être sensible aux pistes de réflexion qui émergent dans cet espace. Nous croyons qu’il s’agit de cet espace que les informatrices recherchent dans une relation de soin, une disponibilité lors de l’écoute.

Pour les informatrices, poser les bonnes questions qui permettent d’explorer leur contexte de vie en lien avec toutes les dimensions de l’être, semble fondamental à l’établissement d’une relation professionnelle à la période prénatale. Elles ont dit apprécier l’écoute qui leur permettait de soulever d’autres questions importantes pour elles. Une “ écoute curieuse ” semble avoir offert l’équilibre recherché entre l’écoute et l’intérêt pour recadrer leur expérience dans de nouvelles perspectives.

### **Le maintien d’une distance compatissante**

Les informatrices ont trouvé qu’il était plus facile de dévoiler leurs attentes et leurs besoins en présence de personnes qui savent maintenir une distance tout en démontrant de la compassion. Malgré la distance culturelle entre la chercheuse et les informatrices, une approche compatissante a permis de communiquer notre sensibilité à leur vécu. Le fait de

démontrer ouvertement que nous étions touchées par leurs expériences et parfois même leur souffrance, était interprété comme une attitude de compassion. Notre manière d'agir, de poser les questions et de réagir a ainsi façonné la relation et influé sur le récit des expériences.

Le maintien d'une distance compatissante rejoint la croyance de Bird (1993), à savoir que le soin professionnel doit rechercher un équilibre dynamique entre la connexion et le détachement. De plus, la compassion génère, à notre avis, un sentiment de réciprocité. Les informatrices ont à plusieurs reprises, souligné que l'implication de la chercheuse dans différentes sphères d'activités de leur vie les incitait à participer davantage.

Les participantes ont aussi insisté sur l'importance de la distance à maintenir. À notre avis, se situer à l'extérieur permet d'offrir de nouvelles perspectives, des points de vue différents et ainsi d'approfondir leur compréhension des difficultés qu'elles vivent, en autant que la compassion est manifeste.

Une distance compatissante permet aussi de faciliter l'impartialité recherchée dans la relation de soin. Toutes les perspectives sont importantes. On a souligné le fait que l'approche de recherche ne favorisait pas une femme par rapport à une autre et que toutes les opinions étaient respectées et valorisées. Ainsi une distance compatissante est maintenue par une implication objective et impartiale.

### **Une collaboration non moralisante**

Les informatrices déplorent les approches moralisantes qu'elles ont connues par le passé, dans leurs expériences de soins professionnels. Ainsi, les premiers contacts étaient

entachés de méfiance à notre égard. Elles nous ont avoué ouvertement qu'elles avaient éprouvé des craintes d'être jugées négativement, d'être blâmées ou critiquées, comme il est souvent le cas dans une relation de soin.

Toutes les informatrices ont dit avoir apprécié à plusieurs occasions, notre approche non directive évitant comme elles l'ont souligné “ *d'être remorquée vers une destination prédéterminée* ”. Le renforcement de leur compétence à définir un soin sensible à leurs besoins, les a amenées à exprimer le souhait d'une plus grande collaboration non hiérarchique dans l'expérience de soin.

#### **Le miroir de leurs forces**

L'approche de recherche a été vécue comme une orientation positive vers les forces, les ressources et les possibilités des informatrices. Selon elles, le fait de souligner à plusieurs reprises, les événements positifs, leurs forces et la sagesse de leur savoir a eu comme effets de nourrir leur compétence et de les inspirer.

Ces thèmes reflètent bien l'importance que les informatrices accordent à la qualité de la relation dans l'expérience de soin. Zola (1985) affirme que lorsque les personnes ne veulent pas coopérer à suivre les recommandations d'un programme de soin, ce n'est pas tant le contenu comme tel de ce programme qui fait obstacle mais plutôt l'approche des professionnels qui appliquent ce programme. Les informatrices reconnaissent les compétences techniques des sages-femmes mais selon elles, plus que tout, une relation interpersonnelle de qualité offre un contexte au changement.

La perspective constructiviste insiste sur l'établissement de partenariats sur la base de relations de réciprocité au lieu d'agir comme des observateurs passifs. Notre étude en

partenariat avec des femmes du milieu s'apparente selon nous à un soin défini comme une " *alliance thérapeutique* " qui constitue un ingrédient actif du changement (Lambert, 1992). Hoffman (1985) soutient de façon convaincante que nous ne pouvons pas influencer les personnes mais seulement le contexte (p.293). Comme le souligne Patterson (1984), ce que nous pouvons faire de mieux est de provoquer les conditions qui permettraient aux femmes de s'engager dans un changement. Pour des femmes de la région du sud de la Tunisie, ces conditions sont les attitudes d'écoute curieuse, de distance compatissante, de collaboration non moralisante et de miroir des forces.

Les informatrices ont révélé qu'une approche de recherche sensible tout comme un soin sensible, font partie de ces activités qui peuvent provoquer, à la fois, un contexte pour un changement et un changement en soi. En effet, les attitudes facilitantes incitent les partenaires de la recherche tout comme les partenaires de soin à approfondir et à s'approprier des connaissances, constituant en soi un changement dans leur environnement.

Cette étude soutient à notre avis la croyance que l'approche ethnographique constitue à la fois un art et une science. Certes, des techniques scientifiques d'analyse de contenu sont utilisées tout au long du processus de la recherche mais le discours de chaque personne a une " âme " qui est sienne et des attitudes facilitantes sont essentielles pour déceler ses " lueurs " qui sont porteuses de sens.

Ainsi, le paradigme constructiviste à la base des perspectives infirmière, féministe et de développement pour générer des connaissances sur le soin lors des expériences de santé des femmes, offrent une compréhension riche à la fois contextuelle et émancipatoire. Ce

paradigme a contribué à mobiliser différents partenaires autour de l'exploration de la problématique de sous-utilisation des services de soins professionnels à la période prénatale en Tunisie.

### **RECOMMANDATIONS POUR LA FORMATION, LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES EN TUNISIE**

Au terme de notre recherche, la philosophie des soins de santé primaires est apparue comme un cadre stimulant pour dégager certaines recommandations pour la formation, la recherche et la pratique des sages-femmes en Tunisie. Cette philosophie, mis de l'avant par l'OMS, offre un modèle pour réaménager les systèmes de santé afin d'assurer les services essentiels, universellement accessibles à toutes les personnes, à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays (WHO, 1978).

#### **La formation**

La philosophie des soins de santé primaires inspire plusieurs programmes de formation de divers professionnels de la santé dans le monde entier (Clay, 1992). Les professionnels de la santé reçoivent ainsi une formation qui leur permet de développer leurs capacités à s'appuyer sur le savoir des personnes, à construire à partir de ce savoir et à concilier ce savoir empirique au savoir scientifique (Collière, 1988).

Les professionnels de la santé qui démontrent des aptitudes à utiliser ce savoir empirique sont en position pour négocier différentes visions conflictuelles au niveau des

croyances de soins. Selon Kleinman (1986) et Leininger (1991), cette négociation ne peut que susciter la confiance des personnes soignées.

Des sessions de formation continue permettraient aux sages-femmes de renforcer leur potentiel d'instigatrice du changement. Ainsi, elles seraient plus en mesure de transmettre ce savoir empirique à d'autres professionnels de la santé et d'exercer une action motrice ou catalytique auprès de tous ceux qui veulent améliorer la qualité des soins à la période prénatale.

Dans le temps, diverses écoles de pensée ont défini les concepts soin, santé, environnement et personne, concepts centraux du métaparadigme infirmier. En cette fin de siècle, des écoles de pensées offrent des conceptions plus holistes et rejoignent ainsi les croyances qui découlent du principe Tawid à la base du paradigme de soin partagé par les informatrices. Des modèles de soins qui découlent de ces écoles de pensée offriraient un cadre créateur supplémentaire à la formation des sages-femmes. La santé vue comme un état de bien-être défini culturellement (Leininger, 1991), comme une conscience renouvelée (Newman 1986), comme un renforcement des capacités, empowerment (Jones & Meleis, 1993), comme un processus co-créatif (Parse, 1981), est compatible avec la philosophie des soins de santé primaires et nous invite à orienter nos soins de façon holiste.

Des compétences pour une pratique de soin plus réflexive sont à développer afin que les sages-femmes apprennent à reconnaître le savoir empirique des femmes pour nuancer le savoir théorique reçu lors de la formation. Le programme de formation des sages-femmes en Tunisie comme dans plusieurs pays, suit un modèle traditionnel hiérarchique;

les sciences de base précèdent les sciences appliquées et celles-ci précèdent l'acquisition des habiletés techniques requises dans la pratique. Schön (1988), soutient que ce processus s'appuie sur deux postulats : la connaissance scientifique est la base essentielle de la pratique et que la connaissance clinique est empirique donc prévisible. Un tel programme de formation est à notre avis incomplet, compte tenu de la complexité de l'expérience de santé prénatale de femmes tunisiennes.

Collière (1982) affirme que la formation des professionnels de soins doit sortir des sentiers battus des méthodologies de résolution de problèmes trop rigides appelées " scientifiques ". Les connaissances théoriques ne sont que des repères et il importe d'apprendre à saisir la variété des manifestations qui découlent des différentes situations de soins. La formation des sages-femmes en Tunisie ne doit pas consister à leur livrer du prêt à penser mais plutôt, leur permettre de construire leur savoir en conciliant expérience et connaissances écrites.

Schön (1988) propose le processus de réflexion-dans-l'action où les étudiants participent activement aux activités de soins en s'intégrant au monde vécu. Par un processus récursif de réflexion et d'action, les étudiantes raffinent leur compréhension du soin et de ce monde. Ce processus qui démystifie la notion d'expertise professionnelle pour la remplacer par une connaissance partagée, est cohérent avec la philosophie des soins de santé primaires.

L'enseignement dispensé dans les programmes de formation initiale de sages-femmes en Tunisie est de type magistral. Un programme qui vise le développement des compétences de réflexion-dans-l'action aurait avantage à s'appuyer sur des stratégies

d'enseignement-apprentissage qui amènent les étudiantes à devenir plus réflexives et analytiques dans leur pensée. Ainsi, elles apprennent à penser de façon critique, à analyser chacune des situations rencontrées et à y répondre de manière individualisée (Benson, 1998; Young, 1980).

Depuis longtemps, des infirmières comme Peplau (1952) et Henderson (1964) soutiennent que la fonction des formateurs dans une discipline professionnelle de soin n'est pas tant d'enseigner que d'apprendre, de permettre de découvrir et de faire émerger des savoirs, à partir non des cours et des théories mais du champ de l'exercice professionnel. Nous ne pouvons que rappeler un proverbe arabe qui prend tout son sens dans le contexte d'une formation à une pratique réflexive : “ *Un maître n'est pas quelqu'un qui enseigne. Un maître est quelqu'un qui ouvre la pensée* ”

Les thèmes de significations de soins prénatals constituent un savoir qui aurait avantage à être discuté lors des sessions de formation continue comme pendant la formation initiale des sages-femmes. Collière (1996) soutient qu'il s'agit d'un savoir significatif et utilisable pour soigner mais qui exige des attitudes particulières. Le principe de “ technologie appropriée ” de la philosophie des soins de santé primaires englobe les habiletés des professionnels de la santé à établir et maintenir des relations interpersonnelles significatives (Hughes, 1995). Les attitudes facilitantes de la stratégie de recherche, valorisées par les informatrices, pourraient être intégrées à la formation aux approches de soins professionnels. Ces attitudes permettraient de diminuer l'écart qui existe entre le paradigme scientifique et le paradigme de soin partagé par des femmes.

Des programmes de formation qui s'inspirent de la philosophie des soins de santé primaires (SSP) favorisent un système de santé qui s'éloigne du modèle curatif dominant en Tunisie, pour s'orienter vers des services qui se consacrent à la promotion, à l'amélioration de la santé et au progrès de la qualité de vie. De plus, nous croyons que les sages-femmes formées selon cette perspective participeraient davantage à des actions de lobbies et des travaux de recherche ayant pour but de faire appliquer les principes des SSP dans l'expérience de soin prénatal.

### **La recherche**

Le signe d'une étape importante dans le développement disciplinaire professionnelle est sans contredit la possibilité d'accéder à la recherche :

*une profession consciente de ses devoirs doit poser des questions qui méritent de susciter des recherches, être disposée à permettre des recherches portant sur son activité et à faire passer dans la pratique l'objet de ses recherches (OMS, 1966).*

La recherche effectuée par des sages-femmes en Tunisie tout comme par des infirmières est quasi inexistante. Toutefois, l'intérêt à participer à notre étude, à apprendre les étapes de la méthode choisie et les principes qui les sous-tendent, nous permettent d'affirmer que le besoin de mieux comprendre le soin dans l'expérience de santé prénatale ira en se développant chez ces professionnelles du soin.

Il nous semble de toute évidence que les protocoles des recherches qui visent une meilleure compréhension des expériences de santé de femmes doivent intégrer pleinement les rapports sociaux de genre, et cela à tous les niveaux : conception, exécution, analyse et diffusion. Certains axes de recherche nous sont apparus importants pour enrichir cette

compréhension soit, la santé des jeunes filles, le travail des femmes ainsi que l'organisation des services de soins professionnels.

### **La santé des jeunes filles**

En s'intéressant au processus de socialisation, nous avons constaté que des études qui touchent l'enfance et l'adolescence sont inexistantes en Tunisie. Ce sont pourtant des époques qui sont souvent déterminantes pour la santé des femmes dans les années à venir. Nous avons discuté le fait que des petites filles qui sont moins bien nourries, qui ont un moins bon accès aux services de santé et à l'éducation et qui ne reçoivent pas les connaissances nécessaires pour être autonomes économiquement, souffrent des effets de cette dévalorisation pendant le reste de leur vie. Les effets cumulatifs de la privation et de la malnutrition, peuvent compromettre le développement intellectuel et provoquer des problèmes de santé plus tard dans la vie comme des problèmes d'anémie et des complications obstétricales. De plus, les jeunes filles peuvent souffrir de problèmes de santé associés à leurs lourdes charges de travail.

Des études sur la santé des jeunes filles du sud de la Tunisie pourraient porter sur la signification que donnent les femmes aux questions de santé des jeunes filles autres que celles qui concernent la reproduction. De même, des recherches sur la nature des programmes et des politiques qui contribueraient à modifier les attitudes et à réduire les pratiques dangereuses pour les femmes, notamment la discrimination à l'égard des filles dans le domaine de l'éducation et de l'alimentation, sont essentielles. Une évaluation de l'impact des informations sur la santé qui seraient intégrées dans le programme scolaire dès le début du niveau primaire pourrait inciter à une plus grande collaboration

intersectorielle. De façon générale, des recherches sur les politiques qui permettraient d'étendre la scolarité des filles dans le sud de la Tunisie afin de promouvoir la santé prénatale des femmes s'avèrent importantes.

Une meilleure compréhension des sources d'information auxquelles les mères et les belles-mères font particulièrement confiance lorsqu'elles prennent des décisions en rapport avec la santé des jeunes filles de la famille permettrait d'enrichir les stratégies de promotion de la santé.

### **Le travail des femmes**

Plusieurs aspects liés au travail des femmes méritent aussi toute l'attention des chercheurs. Des connaissances touchant l'effet des espaces vitaux différents des hommes et des femmes sur la santé sont inexistantes. Des études sur l'importance des risques pour la santé associés au travail des femmes dans le secteur non officiel demeurent insuffisantes.

### **L'organisation des services de soins professionnels**

Des études sur l'organisation des services de soins professionnels sur ce qui fait obstacle à la relation entre les femmes et les sages-femmes apporterait un éclairage différent sur la problématique de sous-utilisation des services de soins professionnels dans la région du sud de la Tunisie.

Compte tenu des nombreuses activités des sages-femmes et des exigences conflictuelles que nous avons soulevées, l'organisation des services de soins professionnels prénatals est à évaluer avec et par des femmes et des professionnels de la santé.

Ces pistes de recherche veulent, avant tout, traduire les réflexions partagées par tous les participants à notre étude concernant l'importance de mieux comprendre ce qui

influence la santé des femmes. Nous partageons l'avis de plusieurs participants que l'insuffisance de recherches sur la santé qui intègrent le concept de rapports sociaux de genre compromet l'aptitude des décideurs à concevoir, planifier, surveiller et évaluer des politiques et des programmes efficaces pour promouvoir la santé des femmes à la période prénatale.

### **La pratique**

Le processus herméneutique a permis à des professionnels de la santé du sud de la Tunisie de prendre conscience de l'importance d'une plus grande ouverture et d'une plus grande sensibilité au vécu des femmes lors du suivi professionnel prénatal et lors la planification des programmes de promotion de ce suivi. Le processus d'interprétation des thèmes de significations a suscité ainsi une réflexion critique sur leur pratique.

Les principales recommandations touchent la promotion et le contenu du suivi prénatal, l'organisation des services de soins professionnels à la période prénatale, le modèle de pratique, et les partenariats communautaires.

### **La promotion et le contenu du suivi prénatal**

À l'instar de Massé (1995), les professionnels de la santé constatent que les femmes ne constituent pas des terres vierges dans lesquelles la promotion actuelle d'un suivi de soins prénatals vient semer " la bonne nouvelle " pour attendre la récolte d'attitudes et de comportements sains. Ces programmes de promotion ne combent pas un vide mais s'ajoutent à des savoirs ancrés dans la tradition orale et les valeurs profondes de femmes de cette région de la Tunisie. Ces connaissances sont considérées par les professionnels de la santé comme de l'empirisme débridé où se mêlent superstitions, savoirs de bonnes

femmes et charlatanisme. C'est pourquoi, on préfère le plus souvent les ignorer et même les rejeter du revers de la main, sous prétexte qu'ils ne se composent que de faussetés à corriger, comme c'est le cas pour la consultation de femmes qui exorcisent le mauvais oeil azzama et le port de fétiches. Au cours du processus de la recherche, plusieurs professionnels de la santé en sont venus à admettre que la reconnaissance de ces savoirs ne signifie pas pour autant la négation des approches scientifiques. Au contraire, la reconnaissance implique l'évaluation des bénéfices et des risques de ces expressions de soins avec les femmes et, s'il est approprié, l'incorporation au suivi prénatal.

Certaines expressions de soins génériques ont suscité une saine curiosité lors des discussions. À titre d'exemple, pour l'expression " éviter les herbes de montagne " nous avons effectué ensemble une recherche. C'est ainsi que nous avons constaté que, pour ces herbes comme pour le helba, des propriétés toniques sont reconnues scientifiquement (Huxtable, 1990). De même pour l'expression de soin " éviter les émotions fortes ", Montagu (1970) démontre que l'état affectif de la mère influence le bien-être du fœtus par une libération d'hormones qui traversent le placenta. La gomme à mâcher qui, selon des informatrices, pourrait provoquer de gros bébés est un tabou fondé sur le principe puissant de la " magie sympathique " que l'on retrouve dans plusieurs sociétés, sous diverses formes (Cosminsky, 1976). Ces expressions représentent donc un savoir qui peut être investi dans le contenu du suivi prénatal.

L'organisation familiale a retenu l'attention des chercheurs français et tunisiens depuis plusieurs années. Déjà en 1964, Camilleri rappelait que la famille au Maghreb restait un groupe social fondamental et qu'il est illusoire de faire la sociologie de

développement de ces pays sans diagnostiquer les freins que recèlent les modèles familiaux. Ces freins ne semblent représenter qu'une préoccupation marginale et conjoncturelle dans la planification actuelle des programmes de promotion de la santé des femmes en Tunisie. En effet, les professionnels de la santé ont tendance à prendre pour acquis que les femmes sont le plus souvent autonomes lorsqu'il s'agit de décider de consulter à la période prénatale. Pourtant, l'expérience reliée au programme de planification familiale avait révélé que la décision d'avoir ou non des enfants, d'utiliser ou non un moyen contraceptif ne relevait pas seulement des femmes. Le mari, la belle-mère, la grand-mère devenaient des acteurs incontournables. On a pris conscience lors des nombreuses discussions que cette expérience n'a pas été transposée lors de la planification du programme de périnatalité. Le respect de hiérarchie familiale comme thème de signification de soin invite les professionnels de la santé à considérer comme centre de décision, les hommes de la famille, mais surtout les belles-mères qui ne sont pas visées actuellement par les programmes de promotion de soins prénatals. Une saine réflexion semble s'imposer maintenant pour vérifier si cette réalité ne pourrait pas être prise en considération et viser avant tout les belles-mères comme agentes de promotion de la santé prénatale.

La recherche témoigne d'approches de soins professionnels différentes qui permettent d'offrir un suivi qui tient compte du vécu de femmes de diverses origines ethniques (Affonso et al. 1992; Affonso, 1990; Affonso et Sheptak 1989; Brown, 1988; Chalmers, Enkin et Keirse, 1989; Department of Health and Health Services, 1989). En effet, ces auteurs soutiennent que les professionnels de la santé de plusieurs pays en

développement ont le devoir de communiquer leur intérêt à rencontrer les besoins des femmes à la période prénatale et de démontrer une compréhension de leur environnement social, de leurs modes de vie ainsi qu'une plus grande sensibilité aux diverses conceptions de la santé. Pour ce faire, on propose des contenus de consultations prénatales qui s'articulent autour de thèmes significatifs pour les femmes. Ces thèmes soulignent tous les processus qui ont cours lors de la grossesse et guident les protocoles de chacune des visites prénatales tels que préconisés par l'OMS (WHO, 1994). De plus, ceux-ci permettent de communiquer aux femmes les objectifs visés par les soins professionnels, développant ainsi un sens commun de l'expérience de soin prénatal. À titre d'exemple, à l'intérieur du programme de soins professionnels prénatals d'une région défavorisée d'Hawaii, la première visite se présente par le thème " Suis-je vraiment enceinte? ". Au cours de cette visite, une attention particulière est apportée aux inquiétudes des femmes. Le plus grand défi de ces femmes, tout comme pour des femmes tunisiennes, est de continuer à travailler le plus normalement possible malgré les inconforts du début de grossesse tels que les nausées et la fatigue. Il est démontré que ce thème permet de recueillir des données par le biais d'une évaluation plus holiste de l'expérience de santé et de construire une relation de confiance dès le début de la grossesse (Affonso, Mayberry, Graham, Shibuya et Kumnimoto, 1992).

D'autres thèmes se sont avérés très aidants pour les visites ultérieures tels que " Qu'est-ce que ça veut dire être enceinte? ", " Qu'est-ce qui m'arrive et qu'est-ce qui arrive à mon bébé ", " Rester en santé par les soins que je me donne ", " Mon bébé est-il bien? ", " Me préparer à l'accouchement ", " Madame attend ". Plutôt que de transmettre

le message que la consultation prénatale s'intéresse avant tout à prévenir les complications, les thèmes soulignent davantage les principes de promotion de la santé à la base des SSP. Ces thèmes offrent à notre avis une plus grande créativité et flexibilité dans le développement des protocoles de suivi professionnel prénatal.

### **L'organisation des services de soins professionnels**

Pour les sages-femmes engagées dans le soin prénatal, la santé définie en terme d'absence de complications ou de problèmes potentiels s'avère une priorité. Tandis que pour des femmes enceintes, la santé signifie entre autres, la capacité de combler les rôles qui leur sont attribués dans la famille et de respecter l'éthique de travail des femmes du sud de la Tunisie. Les responsables des services de soins professionnels disent mieux comprendre que la consultation prénatale représente un coût en terme de temps, si l'on tient compte de l'ensemble des activités de ces femmes. Ce constat corrobore les résultats de Coreil (1991) qui démontrent que, pour des femmes de pays en développement, la contrainte de temps constitue un obstacle à l'utilisation des services de soins professionnels, obstacle souvent minimisé par les planificateurs de ces services. On peut donc questionner l'organisation actuelle des services de soins professionnels à la période prénatale en Tunisie afin d'étudier la possibilité d'offrir des heures de consultation plus flexibles pour tenir compte des patterns normaux du temps de travail des femmes de cette région.

Les responsables et les planificateurs des services de soins professionnels à la période prénatale en Tunisie ont toujours considéré que les services offerts sont des plus accessibles compte tenu de leur gratuité et de leur proximité relative, si l'on compare à

d'autres pays en développement. Maintenir l'honneur de la famille, comme signification de soin, a permis de réfléchir aussi sur les coûts sociaux et culturels énormes que doivent assumer les femmes de cette région. Avant de consulter à la période prénatale, la femme doit d'abord négocier avec la belle-mère, parfois même subir ses foudres. Dans ce contexte, la décision de consulter peut être perçue par les autres membres de la famille comme un geste de rejet des traditions. Le sentiment de culpabilité et la marginalisation qui risquent d'en découler, la crainte de transgresser le code de conduite dicté aux femmes les rendant ainsi plus vulnérables aux forces maléfiques du mauvais œil, représentent un poids plus lourd que celui des simples coûts économiques.

Une prise en considération de tous ces coûts indirects est certainement pertinente pour améliorer la planification des programmes de périnatalité et l'organisation des services de soins à la période prénatale.

### **Un modèle de pratique**

Les significations de soins génériques et de soins professionnels à la période prénatale offrent aux sages-femmes un cadre de référence pour une pratique renouvelée. Les informatrices ont démontré que les véritables enjeux pour les sages-femmes de la région du sud de la Tunisie se situent à reconnaître les différences qui existent chez des femmes au niveau des significations de l'expérience de soin prénatal, à utiliser le plus positivement possible les croyances de celles-ci et à reconnaître les exigences socioculturelles de ces femmes.

Good et Good (1980) proposent le " modèle culturel herméneutique " pour une pratique où les expériences de santé sont perçues comme un syndrome de significations

qui part de la perspective de la personne soignée. Dans le modèle biomédical préconisé en Tunisie, les expériences de santé sont conçues le plus souvent comme des anomalies physiologiques. En utilisant le modèle culturel herméneutique, le professionnel de la santé explore le réseau sémantique de l'expérience de santé de la personne qui consulte dans le but de mieux comprendre le contexte de cette expérience. Le réseau sémantique réfère à l'ensemble des mots et des sentiments qui sont en lien avec les valeurs de ces personnes.

À titre d'exemple, les informatrices ont mis à jour un réseau sémantique lors de l'analogie qu'elles ont faite entre l'accouchement traditionnel par une matrone et l'accouchement à la maternité. Cette analogie a permis de mieux comprendre les valeurs importantes en cette période de leur vie. À l'instar de Jordan (1992), ces femmes ont souligné ainsi l'importance du contexte social de la naissance. La présence de personnes significatives, le soin attentif d'une matrone et le réconfort d'un environnement familial et de ses rites facilitent cette expérience de vie. C'est précisément cette intimité et cette solidarité que des femmes tunisiennes, comme toutes les femmes du monde entier revendiquent depuis l'institutionnalisation de la naissance.

### **Les partenariats communautaires**

Le principe de collaboration intersectorielle de la philosophie des soins de santé primaires est apparu très important pour émettre certaines recommandations. L'OMS soutient que les mesures prises en dehors du secteur de la santé ont souvent plus d'effets sur le bien-être des femmes que celles qui sont prises au sein même du secteur (WHO, 1992). La reconnaissance de l'importance d'intégrer la santé des femmes dans le développement social et économique des régions passe par la reconnaissance de

l'importance de l'implication de différents secteurs. Grace (1991) soutient que ces formes de partenariats entre divers secteurs de la communauté représentent la mise en commun de gens de différents intérêts, de différents milieux et de différentes disciplines. Ces partenariats permettent d'identifier les problèmes communautaires et de trouver des solutions qui soient efficaces à un prix raisonnable pour les résoudre. De plus, la fierté d'une communauté est rehaussée par la participation des gens de divers milieux à un projet de soins.

Ce principe de collaboration intersectorielle prend tout son sens avec le concept Umma, de communauté musulmane, concept si souvent mentionné par les divers participants de notre étude. Des stratégies qui prennent appui sur l'importance accordée à la communauté des croyants et à la famille élargie dans le vécu de tout musulman, pourraient susciter une plus grande implication de différents secteurs d'activités dans l'amélioration de la santé des femmes en général et plus spécifiquement, lors des suivis professionnels prénatals dans la région du sud de la Tunisie.

Brown (1988) soutient que les approches de soins plus communautaires à la période prénatale nécessitent des partenariats avec différentes personnes influentes de la communauté. Affonso et al. (1992), Affonso (1990), Affonso et Sheptak (1989) soutiennent que les approches innovatrices qui mettent l'emphase sur les ressources communautaires en travaillant étroitement avec des femmes du voisinage reconnues par les autres femmes, ont une grande influence au niveau de la santé prénatale. Ces femmes sont consultées pour élaborer les thèmes des visites et par la suite, elles agissent comme partenaires des professionnels de la santé dans diverses activités de promotion de la santé.

Mac Cormack (1992) affirme que les femmes plus âgées dont l'honneur et le statut sont reconnus, pourraient même recevoir une formation de travailleuse de la santé afin de se rendre chez des femmes qui ne peuvent se déplacer.

Notre étude démontre que les belles-mères ont cette influence dans les familles de la région du sud de la Tunisie. Une étude évaluative, effectuée au Népal, a démontré que des programmes de promotion visant spécifiquement les belles-mères ont rehaussé de façon significative les connaissances reliées aux soins et aux complications possibles à cette période de la vie. Les femmes de ce pays sont davantage en mesure de prendre une décision éclairée (Dali, Tahpa & Shrestha, 1991). Les belles-mères représentent donc une ressource communautaire importante pour la région du sud de la Tunisie. Cette ressource inestimable constitue un chaînon manquant pour que le réseau de la santé soit véritablement ancré dans la communauté et la famille reliant ainsi les femmes aux services de soins professionnels.

Au même titre, les services de soins traditionnels comme les matrones, ainsi que les azzama, continuent d'être utilisés par les informatrices. Les professionnels de la santé demeurent ignorants et méinformés de ces ressources. Il existe ainsi deux systèmes de soin en opération au sud de la Tunisie et ni l'un ni l'autre ne s'influence. La reconnaissance de ces soignantes traditionnelles permet donc à celles-ci de sortir de l'ombre et aux femmes de ressentir une plus grande acceptation de leurs croyances et pratiques culturelles. Un partenariat avec ces services permettrait de promouvoir une conscience, un respect et l'intégration des différents modes de connaissance et de guérison à la base des croyances des femmes du sud de la Tunisie.

Une plus grande collaboration avec les divers média, comme la radio et la télévision, contribuerait à une plus grande sensibilisation des personnes détentrices de pouvoir dans les familles. Comme les hommes écoutent beaucoup la radio et les belles-mères, la télévision, différents types d'émission permettraient de transmettre des messages de promotion de la santé à la période prénatale. À titre d'exemple, suite à une étude sur la sous-utilisation des services de soins prénatals en Bolivie, un feuilleton télévisé et de brefs messages radiophoniques qui visent particulièrement les maris, ont été diffusés. Le feuilleton met en scène une femme enceinte et son mari. Au début de l'intrigue, le mari a des comportements analogues à ceux que cette étude avait révélés. Puis, peu à peu, son comportement change; il se met à écouter sa femme décrire ses malaises, il comprend ce dont elle a besoin et il finit par se rendre avec elle aux visites prénatales (Kaune et Seoane, 1998).

L'établissement de diverses formes de partenariat dans le secteur agricole offrirait une synergie importante au niveau des programmes de promotion de la santé pour des femmes de cette région de la Tunisie. Ces partenariats pourraient s'intéresser aux programmes et aux politiques qui permettraient de veiller à ce que les femmes soient dûment informées des risques reliés à leur travail pour qu'elles soient en mesure, par la suite, de traduire ces connaissances au niveau de leurs comportements. À titre d'exemple, la connaissance des effets dangereux des produits agrochimiques inciterait les femmes à prendre certaines précautions et en discuter entre elles.

Manger des aliments fortifiants est apparu une expression de soin qui mérite des stratégies de renforcement tangibles, compte tenu de l'état nutritionnel de femmes de cette

région. Nous croyons que plusieurs femmes n'ont pas la possibilité financière de s'offrir ces aliments fortifiants. Une implication du secteur commercial apporterait un soutien important à la promotion de la santé de femmes à la période prénatale. À titre d'exemple, dans le cadre d'un projet élaboré dans une région défavorisée d'Hawaï, des bons d'achat, échangeables pour des aliments nutritifs, sont distribués aux femmes qui fréquentent assidûment les services de soins professionnels. Ce système de renforcement, qui a connu un vif succès, s'est adressé par la suite aux personnes qui participaient de près ou de loin à la promotion des services de soins professionnels à la période prénatale (Affonso, 1990). Il semble que les valeurs communautaires à la base des sociétés traditionnelles encouragent ce genre de stratégie. Par ailleurs, une recherche évaluative du programme de distribution d'un supplément alimentaire de type OLO (oeufs, orange et lait) à des femmes enceintes défavorisées du Québec a démontré que ces femmes auraient vécu l'expérience de façon stigmatisante si on les avait obligées d'obtenir ces aliments elles-mêmes auprès des supermarchés (Perreault, Labadi, Boyer, Denis, Colin et Racine, 1999). Nous croyons que les valeurs individualistes à la base des sociétés occidentales font appel à des stratégies différentes.

Nous soutenons que la reconnaissance de l'importance de l'expression de soin " manger des aliments fortifiants " par divers secteurs de la communauté pourrait inciter des femmes à fréquenter les services de soins professionnels. Des stratégies qui prennent appui sur le principe de collaboration intersectorielle représentent une piste de réflexion intéressante dans le contexte de sous-utilisation des services de soin prénatal dans cette région de la Tunisie.

En discutant des connaissances acquises lors de cette étude, nous avons tenté de faire émerger jusqu'aux lecteurs, ce qu'avec tous les participants de cette étude, nous avons appris de la complexité de l'expérience de soin prénatal en Tunisie. Nous sommes plus conscients que le soin à la période prénatale demeure profondément dépendant des influences d'un passé, retentissant tous les jours sur le présent et l'avenir.

### CONTRIBUTIONS DE L'ÉTUDE

Selon Patton (1990), le meilleur indice de crédibilité d'une recherche correspond à son utilité et à la réponse des décideurs à ses résultats. Cette étude se veut un préalable à un réaménagement des services de soins professionnels offerts à la femme tunisienne à la période prénatale. Ainsi, la présente recherche est utile à des femmes tunisiennes, au Ministère de la santé de la Tunisie, aux écoles d'enseignement supérieur de ce pays ainsi qu'à plusieurs catégories de professionnels de la santé.

Par leur participation à l'élaboration du soin qu'elles valorisent à la période prénatale, on peut penser que des femmes seront plus conscientes de leur pouvoir lors de différentes expériences de santé.

De plus, cette étude informe les autorités du Ministère de la santé de la Tunisie non seulement sur la pertinence de sa stratégie en matière de périnatalité mais aussi sur les différentes dimensions socioculturelles qui influencent la santé des femmes.

Les écoles d'enseignement supérieur de la Tunisie bénéficient d'une meilleure connaissance des compétences requises pour une meilleure reconnaissance de la profession de sage-femme par des femmes tunisiennes.

Nous croyons que les professionnels de la santé de diverses disciplines ont apprécié cette sensibilisation à la recherche de type ethnographique offrant ainsi une ouverture au paradigme constructiviste.

## **CONCLUSION**

L'importance de partir du savoir et de la capacité des gens pour comprendre ce qui fait obstacle à leur santé est au centre de la philosophie des soins de santé primaires (SSP). Ainsi, cette étude, qui porte sur les expressions et les significations de soin de femmes tunisiennes à la période prénatale, offre une compréhension renouvelée de la sous-utilisation des services de soins professionnels à la période prénatale. Une approche ethnographique, guidée par les concepts de "culture", de "contexte culturel", de "soin culturel" et de "rapports sociaux de genre" a permis de dégager, avec des femmes tunisiennes, des thèmes de significations de soins reflétant une partie de l'expérience prénatale de femmes de milieux rural et urbain de la région du sud de la Tunisie.

Les connaissances construites par les participantes, lors du processus de recherche, révèlent qu'il existe un paradigme de soin différent du paradigme professionnel des sages-femmes. Il semble donc que ces professionnelles de soin négligent en partie des valeurs globales de la société du sud de la Tunisie. Le paradigme professionnel des sages-femmes est ainsi perçu réductionniste en ce sens que seuls les besoins objectifs médicalement reconnus des femmes sont reconnus à cette période de la vie. Par les significations et les expressions de soins génériques, les informatrices proposent un paradigme plus humaniste qui donne une place prioritaire au développement de leur potentiel global et qui valorise leur savoir et leur expertise à la période prénatale. Le contexte de soin que ces femmes recherchent accorde une priorité aux valeurs existentielles.

Ce paradigme holiste représente en quelque sorte actuellement un contre-paradigme opposé au paradigme dominant biomédical. En n'utilisant pas les services de soins professionnels à la période prénatale, des femmes manifestent le refus de se faire assimiler

et de nier les aspects socioculturels de leur vie. Il nous semble évident que, pour voir émerger ce paradigme holiste au niveau des soins professionnels prénatals, des changements s'imposent tant au niveau de la formation, de la recherche et de la pratique des sages-femmes en Tunisie. Des stratégies de soins, qui s'appuient davantage sur les principes des soins de santé primaires, offrent un contexte pour un changement et facilitent ainsi des négociations qui laissent place à un enrichissement mutuel.

Le slogan choisi par l'OMS pour la Journée mondiale de la Santé en 1998 est " La grossesse est un moment privilégié de la vie, rendons la plus sûre ". De bons services de soins professionnels à la période prénatale ne garantissent pas à eux seuls une maternité sans risque. La pauvreté, une accessibilité limitée à l'éducation, un statut social inférieur, une surcharge de travail sont autant de facteurs de risques pour des femmes du sud de la Tunisie. L'engagement politique est essentiel pour que soient mises en place des mesures qui s'imposent afin que la santé des femmes soit une priorité au niveau de tous les ministères du gouvernement tunisien.

## RÉFÉRENCES

- Abu-Zaid, H.A. & Dann, W.M. (1985). Health services utilization and cost in Ismailia, Egypt. Social Science and Medicine, 21 ( 4), 451-461.
- Achterberg, J. (1991). Women as healer. Boston, Mass. Shambhala.
- Affonso, D. & Sheptak, S. (1989). Maternal cognitive themes during pregnancy. Maternal-Child Nursing, 18 (2), 147-166.
- Affonso, D. (1990). Malama na wahine hapai- caring for pregnant women. Washington, DC: National Institutes of Health/National Center for Nursing Research, 1990-1995.
- Affonso, D., Mayberry, L., Graham, K., Shibuya, J. & Kumamoto, J. (1992). Prenatal and postpartum care in Hawai'i: a community-based approach, JOGNN, 22 (4), 320-324.
- Agence Canadienne de Développement International (1995). Trousse d'information sur la programmation de l'ACDI, Quatrième conférence mondiale sur les femmes, Beijing, Direction générale des politiques.
- Ahmed, L. (1986). Women and the advent of Islam, Signs: Journal of Women in Culture and Society, 11 (4), 665-691.
- Alilio, M.S. ( 1994). Gender and acceptance of technologies for tropical diseases: Impregnated mosquito bednets for malaria control in Wijeyaratne. In P.L. Jones Arseneault, J. Hatcher Roberts and J. Kitts (ed). Gender , Health and Sustainable Development, actes de l'atelier tenu à Nairobi du 5 au 8 octobre 1993, Ottawa.
- Allen, D. (1996). Knowledge, politics, culture and gender: A discourse perspective, Canadian Journal of Nursing Research, 28 (1), 95-102.
- Allen, D.G. ( 1995). Hermeneutics: Philosophical traditions and nursing practice research, Nursing Science Quarterly, 8 (4), 174-182.

- Altorki, S. & Soth, C. ( 1988). Arab women in the field: Studying your own society. NewYork, Syracuse University Press.
- American Nurses Association, (1987). Access to prenatal care, key to preventing low birthweight, Kansas City, Missouri.
- Amnistie Internationale (1997). Le cercle de la répression s'élargit. Rapport, juin, Paris.
- Anderson, J. ( 1991). Immigrant women speak of chronic illness: The Social construction of the devalued self, Journal of Advanced Nursing, 16, 710-717.
- Andrews, M. (1995). Transcultural Concepts in Nursing Care. Philadelphia, J. B. Lippincott.
- Annis, S. ( 1981). Physical access and utilization of health services in rural Guatemala, Social Science and Medicine, 15, 515-523.
- Armitage, A. (1993). La planification familiale au Maghreb: redéfinir les responsabilités, Entre-Nous, Revue Européenne de planification familiale, 24, 10.
- Atkinson, P. & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. In N. Denzin & Y.Lincoln, Handbook of Qualitative Research, Thousand Oaks, Sage.
- Audi, R. 1995. The Cambridge dictionary of philosophy. Cambridge: Cambridge University Press.
- Augustyn, M. & Maiman, L. (1994). Psychological and sociological barriers to prenatal care, Women Health Issues, 4 (1), 20-28.
- Banque Mondiale. (1993). Rapport sur le développement dans le monde: Investir dans la santé. Washington, D.C.
- Beatrice, B. (1980). International care and maternal demographic and social characteristic

- evolution in France between 1972 and 1976. Journal of Epidemiology Community Health, 34, 157-163.
- Belhassine, O. ( 1996). Les zarda, ces espaces de plaisir, Info Crédif, 9, 20-21.
- Ben Abdennebi Abderrahim, S. ( 1997). Rapport sur la condition de la femme et sa santé reproductive et sexuelle, Tunis, Association Tunisienne du Planning Familial.
- Ben Romdhane, H. ( 1994). Rapport sectoriel : santé, Tunis. Collectif Mahgrébin.
- Ben Romdhane, H. ( 1995). Communication personnelle dans le cadre de la mission du projet, Appui à la gestion des soins. Juin.
- Bengtson, V.L., Grigsby, E., Corry, E.M. & Hruby, M. (1977). Relating academic research to community concerns: A case study in collaborative research. Journal of Social Issues, 33 (4), 75- 92.
- Benson, A. ( 1998). Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. Journal of Advanced Nursing, 27 ,100-107.
- Berg, C. ( 1995). Prenatal care in developing countries: The World Health Organization technical working group on antenatal care. Journal of the American Medical Women's Association, 50 (5), 182-186.
- Berr, X.D. (1994). Gender and Occupational Health in Chili. In Wijeyaratne P., J. Hatcher Roberts, J.A. Kitts & L. Jones Arseneault, Gender, Health and Sustainable Development: A Latin American Perspective,(p 77-84). Actes de l'atelier tenu à Montevideo du 26 au 29 avril 1994, Ottawa, Centres de recherches pour le développement international.
- Berris, J.C. ( 1991). The Art of interpreting intercultural communication: A reader,

- Belmont, CA, Wadsworth Publishing Company.
- Berry, A. (1996). Culture care expressions, meanings and experiences of pregnant mexican american women within Leininger's culture care theory, Doctoral thesis, Faculty of Nursing. Detroit, Wayne State University.
- Bessis, S. (1990). Santé, le modèle tunisien. Jeune Afrique Plus, 1557, 40-44.
- Bibeau, G. & Tremblay, J. (1980) Résistance et soumission face à l'émergence d'une autre conception de la santé. Union médicale du Canada, 109 (5), 789-790.
- Bichman, W., Diesfeld, H.J., Agboton, Y., Gbaguidi, E.A.C. & Simhäuser, U. (1991). District health systems: users' preferences for services in Benin. Health Policy and Planning, 6 (4), 361-371.
- Bird, J. (1993). Coming out of the closer: Illuminating the therapeutic relationship. Journal of Feminist Therapy, 5, 47-64.
- Blumer, H. (1969). Symbolic interactionism: perspective and method. N.J. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Bohay, I.Z. (1991). Culture care meanings and experiences of pregnancy and childbirth of Ukrainians. In M. Leininger, Culture care diversity and universality: A theory of nursing (pp.203-229). NewYork, National League for Nursing Press.
- Boltansky, L. (1971). Les usages sociaux du corps. Annale ESC (209-233).
- Bouchard, G. (1991). Typologie des tendances théoriques du féminisme contemporain. Philosophies, XV111 (1), 120-167.
- Boudhibaa, A. (1975). La sexualité en Islam. Paris, P.U.F.
- Bourdieu, P. (1979). La distinction. Critique sociale du jugement. Paris, éd. du Seuil.

- Bourdieu, P. ( 1980). Le sens Pratique. Paris, éd. de Minuit.
- Bourdieu P. (1998). La domination masculine. Paris, éd. du Seuil.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. ( 1992). Pour une anthropologie réflexive, Paris, éd. du Seuil.
- Bourret, P. & Huard, P. (1990). Création, appropriation, recomposition: Processus innovants dans la production du diagnostic prénatal. Sciences sociales et Santé, 8 (4), 57-89.
- Boykin, A. (1994). Living a Caring-Based Program. New York, National League for Nursing Press.
- Boykin,A. & Schoenhofer, S. (1993).Nursing as Caring, a model for transforming practice. NewYork, National League for Nursing Press.
- Brown, S. (1988) Prenatal care: Reaching mothers, reaching infants. Washington, DC: Committee to Study Outreach for Prenatal Care, Institute of Medicine.
- Bruce, J. (1987). User's perspectives on contraceptive technology and delivery systems: highlighting some feminist issues. Technology in Society, 9, 359-383.
- Bruce, J. ( 1990). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning, 21 (2), 61-91.
- Bruni, N. (1988). A critical analysis of transcultural theory. Australian Journal of Advanced Nursing, 5 (3), 26-32.
- Burns McGrath, B. (1998). Illness as a problem of meaning: Moving culture from the classroom to the clinic. Advances in Nursing Science, 21 (2), 17-29.
- Butler, I., Pisurki,H. & Meija, A. (1987). Women as Providers of Health Care. Genève,

Organisation Mondiale de la Santé.

Cahill, S.E. ( 1986). Childhood socialization as a recruitment process. Some lessons from the study of gender development. Sociological Studies of Child Development, 1, 163-186.

Camilleri, C. ( 1964). Statut et rôles familiaux de la femme: leur représentation dans des groupes de jeunes travailleuses tunisiennes. Revue Française de Sociologie, 3, 307-324.

Campbell J & Bunting. S. (1991). Voices and paradigms: perspectives on critical and feminist theory in nursing. Advances in Nursing Science,13 (3), 1-15.

Capra,F. (1982). The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture, New York, Simon & Schuster.

Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation et d'Information sur la Femme.  
(1996). Femmes rurales de Tunisie, Tunis, Ministère des affaires de la femme et de la famille.

Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation et d'Information sur la Femme.  
(1997). La femme tunisienne en chiffres, Tunis, Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation et d'Information sur la Femme.

Chabaud-Rychter, D., Fougeyrollas-Schwebel, D. & Sonthonnax, F. (1985). Espace et temps du travail domestique. Paris, Librairie des Méridiens.

Chalmers, I., Enkin,M.& Keirse, M. (1989). Effective care and childbirth, Pregnancy, 1, Oxford: Oxford University Press.

Champagne, S. (1991). Les femmes et le développement. Stratégies, moyens, impacts. Des coopérantes témoignent de leur expérience avec des femmes du Sahel. Québec,

- Centre Sahel, Université Laval.
- Chandler, J. Davidson, A. & Harootunian, H. ( 1994). Questions of evidence: Proof, practice and persuasion across the disciplines. Chicago, University of Chicago Press.
- Chapoulie, J. M. ( 1993). La place de l'observation et du travail de terrain dans la recherche en sciences sociales. Rimouski, Conférence sur les méthodes qualitatives en recherche sociale: problématique et enjeux.
- Chater, S. ( 1992). Les émancipés du Harem, un regard sur la femme tunisienne. Tunis, La Presse.
- Chatterjee, M. (1991). Indian Women: Their Health and Economic Productivity. Banque mondiale, Washington. Document de travail no 109, 130.
- Cherif, K. & Mazourki, I, ( 1989). Les facteurs socio-culturels défavorisant les femmes en matière de succession. Dans Centre d'études de recherches et de publications et UNESCO, La non discrimination à l'égard des femmes, ( p. 301-325). Tunis, Bibliothèque de Droit, de Sciences politiques et économiques, X111.
- Cissé, N. & Goné Sow. (1994). Famille et éducation, Info CRÉDIF, 4, 16. Clay, T. (1992). Education and empowerment: Securing nursing's future. International Nursing Review, 39 (1), 15-19.
- Clément,É., Demonque, C. Hansen-Love,L. Kahn,P. (1994). Pratique de la philosophie de a à z. Paris, Hatier.
- Collière, M.F. (1982). Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris, InterÉditions
- Collière, M. F. (1988). Évolution des soins de santé primaires. CEEIC-RIP infirmière

- enseignante, 2, 4-13.
- Collière, M.F. (1996). Soigner..le premier art de la vie, Paris, InterÉditions.
- Combes, D., Daune-Ricahrd, A.M. & Devreux, A.M. (1991). Mais à quoi sert une épistémologie des rapports sociaux de sexe?. Dans Hurting, M.C. Kail, M. Rouch, H. Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes, ( pp. 59-68). Paris, Centre National de recherche scientifique.
- Connellé , R. W. ( 1987). Gender and Power. Standford CA, Standford University Press.
- Conway, J. K., Bourque, S.C. & Scott, J. W. ( 1987). The concept of gender. In J.K. Conway, S.C. Bourque & J. W. Scott, Learning about women, gender, politics and power, Ann Arbour, MI, The University of Michigan Press.
- Coreil, J.(1991). Maternal time allocation in relation to kind and domain of primary health care. Medical Anthropology Quarterly, 5 (3),221-235.
- Corin, E., Bibeau, G., Martin, J.C. & Laplante (1990). Comprendre pour soigner autrement, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cosminsky, S. (1976). Cross-cultural perspectives on midwifery. In F. Grolling & H. Haley ed (pp 229-248).Medical Anthropology. The Hague, Mouton Press.
- Couillard, M.A. (1994). Genre, culture et développement. Dans CRDI, L'égalité devant soi (pp.220-240). Ottawa.
- Craft, N. (1997). Women's Health: The childbearing years and after. BMJ, 315, 1301-1304.
- Csordas, T.J. & Kleinman, A. (1996). The therapeutic process. In C. Sargent & T.M Johnson. Medical anthropology, contemporary theory and method. (pp. 5-20),

- Westport, Praeger.
- Curry, M. A. (1989). Nonfinancial barriers to prenatal care. Women and Health, 15 (3), 85-98.
- Dagenais, H. (1987). Méthodologie féministe et anthropologie: une alliance possible. Anthropologie et Sociétés, 11 (1), 19-43.
- Dagenais, H. (1988). Pour les femmes, un autre développement, Recherches féministes, 1 (2), 1-17.
- Dagenais, H. & Piché, D. (1994). Femmes, Féminisme et Développement. Québec, Institut canadien de recherches sur les femmes.
- Dali, S.M., Tahpa, M. & Shrestha, S. (1991). Study on the knowledge, attitudes and practices of mothers-in-law regarding the intraconceptional care of their daughters-in-law before and after educational sessions. Katmandu, Nepal: Tribhuvan University Teaching Hospital.
- Dash, L. (1989). When children want children: The urban crisis of teenage childbearing, New York, William Morrow and Co.
- Daune-Richard, A.M. & Devreux, A.M. (1985). La construction sociale des catégories de sexe, Bulletin d'information des études féministes, 17, 39-53.
- Daune-Richard, A.M. & Devreux, A.M. (1992). Rapports sociaux de sexe et conceptualisation méthodologique, Recherches féministes, 5, (2), 7-30.
- De koninck, M. (1994). Femmes et Santé. Dans CRDI, L'égalité devant soi, sexes, rapports sociaux et développement international (pp.127-142). Ottawa, Centre de Recherches pour le Développement International.

- De Poy, E. & Gitlin, L. (1993). Introduction to research : multiple strategies for human health an human services. Mosby.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. ( 1994). Entering the field of qualitative research. In N.Denzin & Y. Lincoln (pp. 1-17), Handbook of Qualitative Research, Thousand Oaks, Sage.
- Department of Health and Health Sciences (1989). Caring for our future: The content of prenatal care. Washington, DC: Public Health Services.
- Descarries-Bélanger, F. & Roy, S. ( 1988). Le mouvement des femmes et ses courants de pensée, Les documents de l'ICREF, 19.
- Deslauriers, J.P. ( 1991). Recherche qualitative: guide pratique, Chenelière, Mc Graw-Hill, 142.
- Doering, L. Power and knowledge in nursing: a feminist poststructuralist view. Advances in Nursing Science, 14 (4), 24-33.
- Doty, P.(1987). Health Status and Health Services Use among Older Women: An International Perspective. World Health Statistical Quarterly. 40.
- Dougherty, M.C. (1978). Becoming a woman in rural black culture, NewYork, Holt, Rinehart and Winston.
- Dowling, P. (1987). Maternal factors and low birthweight infants: a comparaison of Blacks with Mexican-Americans, The Journal of Family Practice, 25 (2), 153-158.
- Duffy, M. (1985). A critique of research: A feminist perspective. Health Care Women International, 6, 341-352.
- Dunnigan, L. (1992). Les rapports hommes-femmes et les inégalités socio-économiques qu'ils produisent: Implications pour la santé et le bien-être. Québec, Ministère de la

santé et des services sociaux.

Edholm, F., Harris O. & Young, K. (1982). Conceptualisation des femmes. Nouvelles Questions Féministes, 3, 37-69.

El Amouri, T.M.A. & Abdelmajid, M. (1994). La femme et le partage de la décision.

Tunis, Observatoire de la condition féminine, El Amouri.

Emerson, R.M., Fretz, R. & Shaw, L. L. (1995). Writing Ethnographic Fieldnotes,

Chicago, The University of Chicago Press.

Engberg, L. (1993). Women and Agricultural work. Occupational Medicine, 8 (4), 33-40, 869-882.

Ennasifer, R. (1988). Tunisia's abortion law: Risks and benefits. People (IPPF) 15

(3),12.

Evertson, C. & Green, J. (1986). Observation inquiry and method. In M.C. Wittrock,

Handbook of research on teaching (pp.119-161). NewYork, McMillan.

Fabrega, H. (1973). Toward a model of illness behavior. Medical Care,11, 470-484.

Faour, M. (1989). Fertility policy and family planning in the Arab countries. Studies in

Family Planning,20 (5), 254-263.

Felice, M.E., Shragg, G.P., James, M. & Hollingsworth, D.R. (1987). Psychosocial

aspects of mexican american, white and black teenager pregnancy. Journal of

Adolescent Health Care, 8, 330-335.

Ferchiou, S. (1985). Les femmes dans l'agriculture tunisienne. Aix-en-Provence,

Edisud/CERES, 94.

Ferchiou, S. (1992). Hasab wa nasab, parenté, alliance et patrimoine en Tunisie. Éditions

- du Centre National Scientifique, Centre régional de publication de Marseille.
- Fetterman, D.M. (1989). Ethnography: Step by step. NewBury Park, CA, Sage.
- Finn, J. (1994). Culture care of Euro-American women during childbirth: applying Leininger's theory for transcultural nursing discoveries. Journal of Transcultural Nursing, 5 (2), 25-37.
- Flaherty, M.J. (1988). Seven caring functions of Black grandmothers in adolescent mothering. Maternal and Child Nursing, 17 (3), 191-207.
- Galtung, J. (1980). Self reliance, concept, practice and rationale. In Boyle, l'Ouverture Publications, Self-Reliance. A strategy for Development, Geneve.
- Geertz, C. ( 1973). The interpretation of cultures. New York: Basic Books.
- Gendron, C. & Beauregard, M. (1985). Les femmes et la santé, Chicoutimi, Gaëtan Morin Éditeur.
- Ghorbal, M. (1980). La personnalité maghrébine, Document non publié, Manouba, Tunis.
- Gielegam, P. (1985). Discovery of the couvade phenomen: theory and clinical uses. In M. Leininger, Care: Discovery and uses in clinical and community nursing (pp.123-137)., Detroit, Wayne State University Press.
- Goldenberg, R, Patterson, E. & Freese, M. (1992). Maternal demographic situational and psychosocial factors and their relationship to enrollment in prenatal care: A review of the litterature. Women and Health, 19 (2-3), 133-151.
- Good B,J. & Good, M. (1980). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In L. Eisenberg& A. Kleinman (ed). The relevance of social science for medicine. Boston, Mass: D Reidel.

- Gordon, E. (1991). Nursing and the caring metaphor: Gender and political influences on an ethics of care. Nursing Outlook, 40 (1),14-19.
- Goulet, D. (1976). Ethical strategies in the struggle for world development. Sociological Inquiry, 46 (3-4), 281-290.
- Grace, V.M. (1991). The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: A critique of health promotion. International Journal of Health Science, 21 (2), 329-343.
- Grawitz, M. (1993). Méthodes des sciences sociales, Éditions Dalloz, 313-325.
- Greenberg, R.S. (1983). The impact of prenatal care in different social groups. Journal of Obstetrics and Gynecology, 145, 797-801.
- Grove, S.J. (1991). Who cares? The crisis in Canadian Nursing. Toronto, McClelland and Stewart.
- Haddad, S. & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre, Social, Science and Medecine, 40 (6), 743-753.
- Hagedorn, S. (1995). The politics of caring: The role of activism in primary care. Advances in Nursing Science, 17 (4), 1-11.
- Haile, F. (1994). Occupational Participation of Women and Health. In P. Wijeyaratne, J. Hatcher Roberts, J.A. Kitts & L. Jones Arseneault, Gender, Health and Sustainable Development (p. 129-135). Actes de l'atelier tenu à Nairobi (Kenya) du 5 au 8 octobre 1993, Ottawa, Centres de recherches pour le développement international.
- Hammad, A. (1994). Introduction : Opportunities and challenges for Improvement

- women's health status. In P. Wijeyaratne, J. Hatcher Roberts, J.P. Kitts & L. Jones Arseneault, Gender, health and sustainable development: A Latin American perspective, (p.1-5). Actes de l'atelier tenu à Montevideo, Uruguay, CRDI, 26-29 avril, Ottawa, Centres de recherches pour le développement international.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). Ethnography: Principles in practice. New York, Routledge.
- Harding, S. & Merrill, B. (1983). Discovering reality: Feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology and philosophy of science. Dordrecht, Holland, D., Reidel Publishing Co.
- Harding, S. (1993). Rethinking standpoint epistemology: What's strong objectivity? In L. Alcoff & E. Potter, Feminist Epistemologies (pp.49-82). London: Routledge.
- Harrison, K. (1985). A review of maternal mortality in Nigeria with particular reference to the situation in Zaria, Northern Nigeria, 1976-1979. WHO International Meeting on prevention of maternal mortality, Geneva, (Unpublished WHO document no.Fe/PMM/85.9.12.)
- Hatcher Roberts, J. & Law, M. (1994). Poverty and Powerlessness: An unhealthy combination for Women in the Developing World. Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 27 (6), 343-346.
- Hatem-Asmar, M. (1997). Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé: Le cas de la profession de sage-femme au Québec, Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal.
- Heinman-Ratin, G., Hanson, M. & Peregoy, S.M. (1985). The role of focus group

- interviews in designing a smoking prevention program. Journal of School Health, 55, 13-16.
- Henderson, V. (1964). The nature of Nursing. American Journal of Nursing, 64 (8), 62-68.
- Hodder, I. (1994). The interpretation of documents and material culture. In Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a second order family systems therapy. Family Systems Medicine, 3, 310-321.
- Horn, B.M. (1978). Transcultural nursing and child rearing of the Muckleshoot people. In M. Leininger, Transcultural nursing: Concepts, theories and practices (pp.223-238). NewYork, John Wiley & Sons.
- Horn, B. (1983). Cultural beliefs and teenage pregnancy. Nurse Practitioner, sept., 38-39.
- Hughes, J. (1995). Effects of health care reform on helping relationships. In Myriam Stewart (ed), Community Nursing: Promoting canadian's health (532-555). Toronto, Saunders.
- Huxtable R.J. (1990). The harmful potential of herbal and other plant products, Drug Safety, 5, 126.
- Institut National de Statistique. (1994). Caractéristique d'éducation, Tunis, Tableaux statistiques, 8-9.
- Institute for the Protection of Mother and Newborn in Vietnam. (1985). Maternal mortality in selected areas of Vietnam. Geneva, (Unpublished document no FHE/OMM/85.9.8.).
- Institute of Medicine. (1985). Preventing low birthweight. Committee to reduce low

- birthweight, Washington D.C., National Academy Press.
- International Center for Research on Women. (1989). Strengthening women: Health research priorities for women in developing countries. Washington.
- International Labor Organization. (1994). World Labour Report 1994, Geneva.
- Ion, H.W. (1995). Can what counts be counted? Reflections on the content, costs, benefits and impacts of prenatal care. Women's Health Issues, 5 (3),143-152.
- Jacob, E. ( 1987). Qualitative research traditions: A review. Review of Educational Research, 57 (1), 1-50.
- Jaggar, A. & McBride, W.L. (1985). Reproduction as male ideology. Women's studies International Forum, 8 (3), 185-196.
- Janesick, V. (1994). The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry and meaning. In N.Denzin & Y.Lincoln, Handbook of Qualitative Research (pp.209-219). Thousand Oaks, Sage.
- Jansen, S.C. (1990). Is science a man? New feminist epistemologies and reconstructions of knowledge. Theory and Society, 19 (2),235-246.
- Jaquette, J.S. (1982). Women and modernization theory: A decade of feminist criticism, World Politics, 34 (2), 267-284.
- Jarrett, S.W. & Ofosu-Amaah, S. (1992). Strengthening health services for MCH in Africa: The first four years of the " Bamako Initiative ". Health Policy and Planning, 7 (2),164-176.
- Johnson, J. C. (1990). Selecting ethnographic informants.Thousand Oaks, Sage.

- Jones, P. & Meleis, A. (1993). Health is empowerment. Advances in Nursing Science, 15 (3), 1-14.
- Jordan, B. (1992). Birth in four cultures, Prospect Heights, New York, Waveland Press.
- Joyce, K., Diffenbacher, G. & Greene, J. (1983). Internal and external barriers to obtaining prenatal care. Social Work Health Care, 9, 2, 89-96.
- Kaliszer, M. & Kidd, M. (1981). Some factors affecting attendance at ante-natal clinics. Social, Science and Medicine, 15, 421-424.
- Karoui, N. (1989). Rôle et statut des femmes rurales : Exemple des îles Kerkenah, RTSS XXVI, 96-97, 27-66.
- Kaune, V. & Seoane, G. (1998). Santé de la femme: l'homme s'implique. Santé du monde, 1, 18-19.
- Kay, M.A. (1979). The Mexican American. In A. Clark, Culture, childbearing and health professionals (pp.88-108). Philadelphia, F.A. Davis Co.
- Kay, M.A. (1982). Anthropology of human birth, Philadelphia, F.A. Davis Co.
- Keller, K.L., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P. & Wright, W.R. (1987). Health Education Quarterly, 18, 44-49.
- Kessel, E. (1987). Maternity care; its opportunities and limits to improve pregnancy outcome. In A.R.Omrane, J.Martin, B. Hamza, High risk mothers and newborns (pp. 375-392). Switzerland, Ott.
- Khazoyan, C.M. & Anderson, N. (1994). Latinas' expectations for their partners during childbirth. MCN, 19, 226-229.
- Kinsman, S.B. & Slap, G. (1992). Barriers to adolescent prenatal care. Journal of

- Adolescent Health, 13, 146-154.
- Kirojwong, S. & Skonick, M. (1990). Types of antenatal care and other related factors associated with low birth weight in southern Thailand. Asia Pacific Journal of Public Health, 4, 132-141.
- Kleinman, A. (1986). Social origins of distress and disease. NewHaven, CT: Yale University Press.
- Kloos, H., Etea, A., Degefa, A., Aga, H., Solomon, B., Abera, K. Abegaz, A. & Belemo, G. (1987). Illness and health behavior in Addis Ababa and rural central Ethiopia, Social Science and Medicine, 25 (9), 1003-1019.
- Koch, T. (1994). Establishing rigour in qualitative research: the decision trait. Journal of Advanced Nursing, 19, 976-986.
- Koch, T. (1996). Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: Philosophy, rigor and representation. Journal of Advanced Nursing, 24 (1), 174-184.
- Kottack, C.P. (1991). Anthropology: The exploration of human diversity. NewYork, McGraw-Hill.
- Kroska, R. (1985). Ethnographic research method: A qualitative example to discover the role of granny midwives in health services. In M. Leininger, Qualitative Research Methods in Nursing (pp.251-281). Orlando, Grune & Stratton.
- Kugler, M.P. & Connell, F.A. (1990). An evaluation of prenatal care utilization in a military health care setting. Military Medicine, 155, 1-33.
- Kuhn, T.S. (1983). The structure of scientific revolutions, Chicago, The University of Chicago Press.

- Kwast, B. ( 1988). Factors associated with maternal mortality in Addis Ababa, Ethiopia. International Journal of Epidemiology, 17, 115-121.
- Labour Resource Center (1995). Engendering Occupational Health and Safety In P. Wijeyaratne, J. Hatcher Roberts, J.A. Kitts & L. Jones Arseneault, Gender, Health and Sustainable Development: perspectives from Asia and the Carribean (p. 69-78). Actes d'ateliers tenu à Singapour du 23 au 26 janvier , Ottawa, Centres de recherches pour le développement international.
- Labrecque, M.F. (1991). Femmes et Développement. De quelles femmes parlent-on au juste? Recherches Féministes, 4 (2), 9-24.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross& M.R. Goldfried (eds), Handbook of psychotherapy integration (pp. 94-129). NewYork: Basic Books.
- Lasta, Z. (1997). Femmes tunisiennes et production scientifique; géographie. Tunis, CREDIF, 2, 292.
- Laurenti, R. & Buchalla, C.M. (1997). Maternal and child health indicators: implications of the tenth revision of the International Classification of Diseases. Pan.Am.Public Health. 2 (1),13-17.
- Lave, J. ( 1991). Acquisition des savoirs et pratiques de groupe. Sociologie et Sociétés, 23 (1), 145-162.
- Lazure, G. (1993). Significations de prendre soin des infirmiers tunisiens dans un contexte de centre hospitalier universitaire de Tunis. Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Montréal.

- Lehoux, P. Levy, R. & Rodrigue, J. (1995). Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de la 4<sup>ème</sup> génération. Vers la conceptualisation d'une pratique en médecine familiale. Ruptures, 2 (1), 56-72.
- Leininger, M. (1970). Nursing and Anthropology: Two worlds to blend . NewYork, John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1976). Caring : The essence and central focus of nursing. Nursing Research Report, 12 (1), 2-14.
- Leininger, M. (1978). Transcultural nursing: Concepts, theories and practices. NewYork, John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1981). Caring : An essential human need. Thorofare, N.J., Slack.
- Leininger, M. (1985). Qualitative research methods in nursing. NewYork, Grune and Stratton.
- Leininger, M.(1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. Nursing Science Quarterly,1 (4),152-160.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality : A theory of nursing. NewYork, National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1993). Culture care theory: The relevant theory to guide nurses functioning in a multicultural world. In M. Parker, Patterns of nursing: Theories in practice (pp. 103-122). NewYork, National League for Nursing Press.
- Leininger, M.(1995). Overview of Leininger's culture care theory. In M. Leininger, Transcultural nursing: Concepts , theories, research and practices (pp. 93-112). New York, McGraw-Hill.

- Leininger, M.(1996). Culture care theory, research and practice. Nursing Science Quarterly, 9 (2), 71-78.
- Leininger, M.( 1997). Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. Journal of Transcultural Nursing, 8 (2), 32-52.
- Lett, J. (1990). Emics and Ethics: Notes on the epistemology of anthropology. In T.N. Headland, K.L. Pike & M. Harris, Emics and Ethics: The inside/outside debate , Newbury, London, Sage, Frontiers of Anthropology, 7.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. Ruptures, 1 (1), 92-99.
- Lia-Hoagberg, B. Rode, P. & Skovholt, C. J. ( 1990). Barriers and motivators to prenatal care among low income women, Social Science and Medicine, 30, 487-495.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). Naturalistic Inquiry, Beverly Hills CA, Sage.
- Lock, M. & Scheper-Hughes, N. ( 1996). A critical Interpretive approach in medical anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In C. Sargent & T.M.Johnson, Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method (pp.41-70). Westport, Praeger.
- Looney, J.P. ( 1985). What determines the start of prenatal care? Medical Care, 23, 986-997.
- Loos Gregory, P. (1995). Foldback analysis: A method to reduce bias in behavioral health research conducted in cross-cultural settings, Qualitative Inquiry,1 (4), 465-480.
- Luna, J. (1989). Trancultural nursing care of Arab Muslims, Journal of Transcultural Nursing, 1(1), 22-26.

- Luna, J. (1994). Care and cultural context of Lebanese Muslim immigrants with Leininger's theory. Journal of Transcultural Nursing, 5 (2), 12-20.
- MacCormack, C. (1992). Planning and Evaluation Women's Participation in Primary Health Care. Social Science and Medicine, 35, 6, 255-262.
- Mackie, M. (1987). Constructing women and men. Gender socialization. Toronto, Holt, Rinehart and Winston.
- MacPherson, K. (1983). Feminist methods : a new paradigm for nursing research. Advances in Nursing Science, 5 (2), 17-25.
- Maglacas, A.M. (1992). Nursing research in developing countries; Needs and prospects. Journal of Advanced Nursing, 17, 267-270.
- Maguire, P. (1984). Women in development: An alternative analysis, University of Massachusetts, Amherst, MA, Center of International Education.
- Malinowski, B. (1922). Argonauts of the Western Pacific. In Spardley (1979). Ethnographic Interview, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Marshall, C. & Rossman, G. (1995). Designing qualitative research. Thousand Oaks, Sage.
- Mashini, I. (1984). Maternal mortality in the American University of Beirut Medical Center. International Journal of Gynaecology and Obstetric, 22, 275-279.
- Mason, K. (1984). The status of women: A review of its relationships to fertility and mortality. New York, Rockefeller Foundation.
- Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Montréal, Gaëtan Morin.
- Masson, (1967). Le Coran. Paris, Gallimard.

- Mathieu, N.C. ( 1985). Femmes, matières à penser...et à reproduire. L'arrondissement des femmes. Essais en Anthropologie, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales,
- Mathieu, N.C. ( 1991). L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe. Paris, Côtés-Femmes.
- Mayer, R. & Ouellet, F. ( 1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville.
- Maynard, M. ( 1994). Race , gender and the concept of difference in feminist thought. In H. Afshar & M. Maynard, The dynamics of race and gender, some feminist interventions (pp.9-25). London, Taylor and Francis.
- Mbilinyi, M. ( 1984). Research priorities in women's studies in Eastern Africa. Women's studies International Forum, 7 (4), 289-300.
- Mc Donald, T.P. & Coburn, A.F. (1988). Predictors of prenatal care utilization, Social Science and Medicine, 27, 167-172.
- McCaw-Binns, A. La Grenade, J. & Ashley, D. ( 1995). Under-users of antenatal care: A comparaison of non-attenders and late-attenders for antenatal care with early attenders, Social Science and Medicine, 40 (7), 1003-1012.
- McCormick, M.C., Brooks-Gunn, J, Shorter, T., Holmes, J.H., Wallace, C.Y. & Heagarty, M.C. ( 1988). Outreach as case finding: Its effect on enrollment in prenatal care, Medical Care, 27, 103-111.
- McKinlay, J.B. & Mc Kinlay, S.M. (1972). Some social characteristics of lower working class utilizers and underutilizers of maternity care services. Journal of Health and

- Social Behavior, 13, 369-382.
- Mead, M. ( 1935). Sex and temperament in three primitive societies. NewYork, William Morrow.
- Mead., M. ( 1949). Male and female, NewYork, William Morrow.
- Meikle, S., Orleans, M., Leff, M., Shain, R. & Gibbs, R. (1995). Birth, 22, 81-86.
- Mencher, J .P. (1988). A Home divided: Women and Income in the Third World, Stanford, Standford University Press, 99-119.
- Mernissi, F. (1983). Sexe, Islam et Idéologie. Paris, Tierce.
- Mernissi, F. (1985). Beyond the Veil: Male-female dynamics in a modern muslim society.London, Alsaqi Books.
- Messing, K. (1991). Women's Occupational Health and Androcentric Science. Women's Studies. 14 (3), 11-16.
- Mesters, I., Pieterse, M. & Meertens, R. ( 1991). Pediatric asthma, a qualitative and quantitative approach to needs assessment. Patient Education and Counseling, 17, 23-24.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). Qualitative data analysis : A source book of new methods. Beverly Hills, Sage.
- Ministère de la santé publique. (1989a). Enquête nationale sur les activités de consultation prénatale dans les Centres de santé publique en Tunisie. Tunis, Direction des soins de santé de base, Programme National de Périnatalité.
- Ministère de la santé publique. (1989b). Enquête nationale sur la perception de la surveillance prénatale par les femmes en âge de reproduction. Tunis, Direction des

- soins de santé de base.
- Mishler, E. (1979). Meaning in context: Is there any other kind?. Harvard Educational Review, 49 (1), 1-18.
- Mohanty, C.T. (1991). Introduction . Cartographies of struggle: Third World women and the politics of feminism. In Mohanty, C.T., Russo, A. Torres, L. , Third, world women and the politics of feminism (pp.1-47). Bloomington, Indiana.
- Molzahn, A. & Northcott, H. (1989). The social bases of discrepancies in health/illness perceptions, Journal of Advanced Nursing, 14, 132-140.
- Montagu, A. (1970). The direction of human development. New York: Hawthorn Books.
- Morgan, M. (1992). Pregnancy and childbirth beliefs and practices of American HareKrishna devotees within transcultural nursing. Journal of Transcultural Nursing, 4 (1), 5-10.
- Morgan, M. (1994). Prenatal care of African American women. Unpublished doctoral dissertation, Detroit, Wayne State University Press.
- Morgan, D. (1998). The focus group guidebook. Thousand Oaks, Sage.
- Morgen, S. (1989). Gender and Anthropology: Critical reviews for research and teaching. Washington, American Anthropological Association.
- Morse, J. (1994). Designing funded qualitative research. In Denzin, N. & Lincoln, Y., Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, Sage.
- Mullen, P. (1978). The potential of grounded theory for health education research: Linking theory and practice. Health Education Monography, 6, 280-294.

- N.Denzin, & Y. Lincoln Handbook of Qualitative Research (pp.393-402). Thousand Oaks, Sage.
- Narayan, U. (1989). The project of feminist epistemology: Perspectives from a nonwestern feminist. In Jaggar, A.M. & Bado, S.R. Gender/Body/Knowledge. Feminist reconstruction of being and knowing (pp.256-269). NewBrunswick, Rutgers University Press.
- Nayack-Mukherjee, V. (1991). Women in the Economy: A selected annotated bibliography of Asia and Pacific, Kuala Lumpu ( Malaisie), Asian and Pacific Development Centre.
- Newman,M. (1986). Health as Expanding Consciousness. St. Louis, Mo: Mosby.
- Njah, M., Marzouki, M., Hamdi, W. & Hadj Fredj, A. (1993). Utilisation des services de soins prénatals dans le contexte tunisien: obstacles et facteurs de motivation. Revue française de Gynécologie Obstétrique, 88 (4), 225-229.
- Nowalk, R. (1995). New push to reduce maternal mortality. Science, 269 (5225), 780-782.
- Nudi\*ist,(1994). User guide revision 3.0, Los Aptos, Aladdin Systems Inc.
- O'Brien, K. (1993). Using focus groups to develop health surveys:An example from research on social relationships and Aid preventive behavior. Health Education Quarterly, 20(3), 361-372.
- O'Brien, M. (1987). La dialectique de la reproduction.Montréal, Éditions Remue-Ménage.
- O'Rourke, K., Howard-Grabman, L. & Seoane, G. (1998). Pan. Am Public Health.3 (1), 9-14.

- Obermeyer, C.M. (1993). Culture, maternal health care and women's status: a comparaison of Morocco and Tunisia. Studies in Family Planning, 24 (6), 354-365.
- Obermeyer, C.M. (1994). Reproductive choice in Islam: Gender and State in Iran and Tunisia. Studies in Family Planning, 25 (1), 41-51.
- Office National de la Famille et de la Population (1997). Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du centre ouest et sud de la Tunisie, Mars.
- Ojanuga, D. & Gilbert, C. (1992). Women's access to health care in developing countries, Social, Science and Medicine, 3 (4), 613-617.
- Okafor, C.B. (1991). Availability and use of services for maternal and child health care in rural Nigeria. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 34, 331-346.
- Organisation des NationsUnies (1995). The World Women: Trends and Statistics .1970-1990, NewYork.
- Organisation Mondiale de la Santé (1966). Rapport du comité d'experts sur les soins . Rapport technique,347 .
- Organisation Mondiale de la Santé (1978). Conférence d'Alma Ata, Chronique, 32, 439-462.
- Pan American Project for child development , Office National de la Famille et de la Population & la Ligue des États Arabes. (1995). Enquête Papchild. No.6.
- Paolisso, M. & Leslie, J. (1995). Meeting the changing health needs of women in developing countries. Social, Science and Medicine, 40, (1), 55-65.
- Parker, B. & McFarlane, J. (1991). Feminist theory and nursing: An empowerment model for research. Advances in Nursing Science, 13, (3), 59-67.

- Parse, R. (1981). Man-Living-Health: A Theory of Nursing. New York, NY: Wiley.
- Pascoe, E. (1996). The value of nursing research of Gadamer's hermeneutic philosophy. Journal of Advanced Nursing, 24, 1309-1314.
- Patterson, C.H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy. A review of reviews. Psychotherapy, 21, 431-438.
- Patton, M.Q. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage.
- Peplau, H. (1952). Interpersonal Relations in Nursing, New York, Putnam's Sons.
- Perreault, M. (1985) Socialisation et perception différentielles femmes/hommes des effets du travail sur la santé. Examen de synthèse, Département de sociologie, Université de Montréal.
- Perreault, M., Labadi, J.F., Boyer, G., Denès, J.L., Colin, C., Raune, P. (1999). Évaluation de la mise en oeuvre d'un programme intégré de services périnatale globaux dans quatre CLSC de Montréal. Document de travail.
- Pertti Alasuutari (1995). Researching Culture, Thousand Oaks, Sage.
- Pike, K. (1954). Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior. Glendale, CA, Summer Institute of Linguistics.
- Poisson, Y. (1991). La recherche qualitative en éducation. Montréal, Presses de l'université du Québec.
- Pourtois, J. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. Réseaux, 55, 13-35.
- Puentes-Markides, C. (1992). Women and access to health care. Social Science and

- Medicine,35,(4), 619-626.
- Punch, M. (1994). Politics and ethics in qualitative research. In N.Denzin & Y.Lincoln, Handbook of Qualitative Research (pp.83-97). Thousand Oaks, Sage.
- Purnell, L.D. & Paulanka, B.J. (1998). Transcultural Health Care. Philadelphia, F.A Davis.
- Putra, A.K. (1994). Occupational Health , Safety and Gender. In P. Wijeyaratne, J. Hatcher Roberts, J.A. Kitts & L. Jones Arseneault, Gender, Health and Sustainable Development (p. 163-170).\_Actes de l'atelier tenu à Nairobi (Kenya) du 5 au 8 octobre 1993, Ottawa, Centres de recherches pour le développement international.
- Queenan, J. (1991). Prenatal care incentives: When all else fails. Women's Health Issues, 1(3), 127-128.
- Rathgeber, E.M. (1994). Special Issues to consider when doing research on women. In P. Wijeyaratne, J. Hatcher Roberts, J.A. Kitts & L. Jones Arseneault, Gender, Health and Sustainable Development (p. 271-274).\_Actes de l'atelier tenu à Nairobi (Kenya) du 5 au 8 octobre 1993, Ottawa, Centres de recherches pour le développement international.
- Rattanporn, P. (1980). The internal factors affecting maternal mortality. Bangkok, Mahidol University.
- Reeb, R. N. (1992). Granny midwives in Mississippi: Career and birthing practices. Journal of Transcultural Nursing, 3 (2),18-23.
- Reinharz, S. (1983). Phenomenology as a dynamic process. Phenomenology and Pedagogy, 1(1), 77-79.
- Reinharz, S. (1992). Feminist methods in social research. Oxford University Press.

- Rhomdhani, H. (1987). Le suivi des grossesses dans une région du nord ouest tunisien, recours aux structures sanitaires et prise en charge des femmes enceintes. Idées, 23 (24).
- Richards, T. J. & Richards, L. (1994). Using computers in qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln, Handbook of Qualitative Research (pp.445-462). Thousand Oaks, Sage.
- Richardson, M.R. (1994). Des concepts pour l'étude des rapports sociaux de sexe dans le développement. Dans CRDI, L'égalité devant soi (pp.242-257). Ottawa.
- Rioux, F. (1998). Iron deficiency during pregnancy and its influence on the infant iron and fatty acid status, Toronto, Hospital for sick children Foundation.
- Rizvi, S. (1984). Taharat and najasat: The book of cleanliness. Canada, Sexsmith.
- Rogers, C. & Schiff, M. (1996). Early versus late prenatal care in New Mexico: Barriers and motivators. Birth, 23, 1, 26-30.
- Rorty, R. (1979). Philosophy and the mirror of nature. Princetown, NJ, Princetown University Press.
- Rosenfield, A. & Maine, D. (1985). Maternal mortality, a neglected tragedy. Where is the M in MCH?, The Lancet, 13, 83-85.
- Royston, E. & Armstrong, S. (1990). La prévention des décès maternels. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- Ryan, G. Sweeny, P. & Solola, A.S. (1980). Prenatal care and pregnancy outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 137, 876-881
- Sable, M.R., Stockbauer, J.W., Schramm, W.F. & Land, G.L. (1990). Differentiating the

- barriers to adequate prenatal care in Missouri 1987-1988. Public Health Reports, 105, 535-543.
- Sadelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8, 3, 27-37.
- Sadik, N. (1991). Investir dans les femmes: Objectifs des années 90. New York, Fonds des Nations-Unies pour les activités en matière de population.
- Saillant, F. (1991). Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion. Recherche Féministes, 4, 1, 11-29.
- Saillant, F. (1996). Les soins domestiques au Québec: évolution d'un programme de recherche appuyé sur une méthodologie qualitative. Recherches Qualitatives, 15, 23-48.
- Salem, N. (1984). Islam and the status of women in Tunisia. In F. Hussain, Muslim Women, New York, St-Martin Press.
- Saueborn, R., Ngoutara, A. & Diesfeld, H.J. (1989). Low utilization of community health workers; results from a household interview survey in Burkina Faso. Social Science and Medicine, 29 (10), 1163-1174.
- Schön, D.A. (1988). Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass
- Scribner, R. & Dwyer, J.H. (1989). Acculturation and low birthweight among Latinos in the hispanic Hanes. American Journal of Public Health, 79 (9), 1263-1267
- Sermisri, S., (1995). Does Education Empower Women for Health and Sustainable Development?. Dans Wijeyaratne, P.L. Jones Arseneault, J., Hatcher Roberts et J. Kitts, Gender , Health and Sustainable Development : Perspectives from Asia and the Caribbean (p. 135-138). Actes des ateliers tenus à Singapour du 23 au 26 janvier 1995

- et à Bridgetown du 6 au 9 décembre 1994, CRDI, Ottawa.
- Sherwin, S. (1987). A feminist perspective. Health Care Women International, 8, 293-304.
- Simard, G. (1994). Le focus group. Dans CRDI, L'égalité devant soi (pp. 291-301). Ottawa.
- Simpson, M.S. (1978). Sister Stella's babies. New York, American Journal of Nursing Co.
- Soltani, M.S., Bchir, A., Souissi, M. & Brahim, H. (1993). Prenatal surveillance and determinants of prenatal follow-up in the Monastir health district. Med Trop., 53, 2, 201-204.
- Spradley, J. (1979). The ethnographic interview. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Spradley, J. (1980). Participant Observation. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Stamp, P. (1990). La technologie, le rôle des sexes et le pouvoir en Afrique, Ottawa, CRDI.
- Stanley, L. (1987). Biography as microscope or kaleidoscope? The case of power in Hannah Cullwick's relationship with Arthur Munby. Women's Studies International Forum, 10, 19-31.
- Stanley, L. (1991). Rethinking: Feminist research processes reconsidered. In J. Aldridge, V. Griffiths & A. Williams, Feminist Praxis (pp1-8). Department of sociology, University of Manchester.
- St-Clair, P.A., Smeriglio, V.L., Alexander, C.S., Connell, F.A. & Niebyl, J.T. (1990). Situational and financial barriers to prenatal care in a sample of low income inner-city

- women. Public Health Reports, 105, 264-267.
- Steeves, R. H. & Kahn, D.L. (1995). A hermeneutical human science for nursing. In A. Omery, C.E. Kasper & G.G. Page, In search of nursing science ( pp.175-193). Thousand Oaks, CA, Sage.
- Stokoe, U. (1991). Determinants of maternal mortality in the developing world. Journal of Obstetrics and Gynecology, 31, 8-16.
- Stone,L. (1992). Cultural influences in Community Participation in Health. Social Science and Medicine, 35, (4), 409-417.
- Strauss, A.L. (1987). Qualitative analysis for social scientists. Cambridge, Cambridge University Press.
- Sundari, T.K. (1992). The untold story: How the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality. International Journal of Health Sciences, 22 (3), 513-528.
- Swenson, I.E., Thang, N.M., Nhan, V.Q. & Tieu, P.X. (1993). Factors related to the utilization of prenatal care in Vietnam, Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 96, 76-85.
- Tabet, P. (1985). Fertilité naturelle , reproduction forcée. Dans N.C. Mathieu, L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes (pp. 61-146). Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales.
- Tesch, R. (1989). Computer software and qualitative analysis: A reassessment. In G. Blank, New technology in sociology: Practical applications in research and work (pp. 141-154). NewBrunswick, NJ, Transaction Books.

- Thomas, L.W. (1995). A critical feminist perspective of the Health Belief Model: Implications for nursing theory, research, practice and education. Journal of Professional Nursing, 11 (4), 246-252.
- Toscane, L. & Lamloun, O. (1998). Les femmes , alibi du pouvoir tunisien. Le monde diplomatique, juin.
- Turshen, M. (1991). Women and Health in Africa. Trenton, N.J., Africa World Press.
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), (1996). Tableau de la Mortalité Maternelle, [Http://www.unicef.org/pon96/leag1wom.htm](http://www.unicef.org/pon96/leag1wom.htm)
- UNICEF. (Fonds des Nations Unies pour l'enfance).(1991).Les unités sanitaires de base. Rapport technique no 11. NewYork: UNICEF
- Van Maanen, J. Sabbs, J. & Faulkner, R. (1982). Varieties of qualitative research, Beverly Hills, Sage.
- Van Voeuverden de Groot, Herman, A. (1993). Provision of a community perinatal service in a developing country. The Australian and NewZealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 33 (3),225-229.
- Vandelac, L., Belisle, D., Gauthier, A. & Pinard, V. (1985). Du travail et de l'amour. Les dessous de la reproduction domestique. Montréal, St-Martin.
- Vidich, A. & Lyman, S. (1994). Qualitative methods: Their history in sociology and anthropology. In N.Denzin & Y. Lincoln (pp. 23-59). Thousand Oaks, Sage.
- Vlassoff, C. ( 1994). Gender Inequalities in Health in the Third World: Uncharted Ground,. Social Science and Medicine, 39 (9), 1249-1259.
- Walker, G.J.A., Ashley, D.E.C., McGraw, A.M. & Bernard, G.W. (1986). Maternal

- mortality in Jamaica, Lancet, 1 (8479), 486.
- Walsh, J.A., Feifer, C.N., Measham, A.R. & Gerder, P.J. (1993). Maternal and perinatal Health Problems. In Jamison & Mosbey (ed). Disease Control Priorities in Developing Countries, NewYork, Oxford University Press.
- Watson, J. (1990). The moral failure of patriarchy. Nursing Outlook, 38 (2), 62-66.
- Wax, R.H. (1975). Doing field work: Warning and advice, Chicago, University of Chicago Press.
- Werner, O. & Campbell, D.T. (1970). Translating working through interpreters and the problem of decentering. In R. Cohen, An Handbook of method in cultural anthropology (pp. 398-420). NewYork, Colombia University Press.
- West, C. & Zimmerman, D.H. (1991). Doing gender. In Lorber, J. Farrell, The social construction of gender (pp.13-37). London, Sage.
- Wilde, V. (1992). Controversial hypotheses on the relationships between researcher and informant in qualitative research. Journal of Advanced Nursing, 17, 234-242
- Williams, A. (1996). The politics of feminist ethnography. Canadian Nursing Research, 28 (1), 87-94.
- Williams, D.D. (1986). Naturalistic evaluation: Potential conflicts between evaluation standards and criteria for conducting naturalistic inquiry. Educational Evaluation and Policy Analysis, 8 (1), 87-89.
- Willis, P. ( 1978). Profane Culture. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wolcott, H.F. (1994). Transforming qualitative data: Description, analysis and interpretation. Thousand Oaks, CA, Sage.

- Wong, E.L., Popkin, B.M., Guilky, D.K. & Akin, J.S. (1987). Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Phillipines. Society of Science and Medicine, 24, 927-944.
- Woods, P. (1983). Sociology and the Scholl: An interactionist view point. London, Routledge & Kegan.
- World Health Organization (1985). Women, health and development: a report by the Director General . Geneva, (Who Offset Publication no 90)
- World Health Organization (1989). The role of nursing and midwifery personnel in the strategy for health for all. Geneva.
- World Health Organization. (1978).Primary Health Care: Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12, september 1978. Geneva.
- World Health Organization. (1992). Women, health and development: Progress report by the Director General, Geneva, (Report No: Who/FHE/WHD/92.5).
- World Health Organization. (1994). Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. Geneva ,Document FHE/MSM/94.11.
- York, R., Grant, C., Gibeau, A., Beecham, J. & Kessler, J. (1996). A review of problems of universal access to prenatal care. Nursing Clinics of North America, 31 (2), 279-292.
- York, R., Williams, P. & Hazard Munro, B. (1993). Maternal factors that influence inadequate prenatal care, Public Health Nursing, 10 (4), 241-244.
- Young, C.L., McMahon, J., Bowman, V.M & Thompson, D. (1989). Adolescent third-trimester enrollment in prenatal care, Journal of Adolescent Health Care, 10, 393-397.
- Young, K. (1987). Gender and Development. Toronto, AgaKhan Foundation.

- Young, R. E. (1980). Editor's notes: Critical thinking- A renewed interest. In R.E. Young (ED), New Directions for teaching and learning: Fostering critical thinking (pp. V11-X111). San Francisco: Jossey-Bass.
- Zola, I. (1985). Structural Constraints in the Doctor-Patient Relationship: The case of Non-Compliance. In the relevance of Social Science for Medicine. Leon Eisenber and Arthur Kleinman, eds (pp. 241-252). Dordrecht, Holland: Reidel Publishing.
- Zwart, S. & Woorhoeve, W.A. (1990). Community health care and hospital attendance; a case study in rural Ghana. Social, Science and Medicine. 29 (1), 35-42.

**ANNEXE I**  
**CARTE DE LA TUNISIE**



**ANNEXE II**  
**GUIDE D'EXPLORATION**  
**Version française**

## **GUIDE D'EXPLORATION**

Ces questions ne sont ni inclusives, ni exclusives. Elles serviront de guide.....

### **Informations générales ethnodémographiques**

1. Nom ou no. de code :
2. Date du recueil de l'information :
3. Âge : Âge au premier bébé : Para : Gravida :  
     âge des enfants :  
     sexe des enfants :
4. Lieu de naissance :
5. Occupation :
6. Niveau de scolarité :
7. Parlez-moi de vous..
8. Parlez-moi de votre famille et des personnes importantes pour vous.....

### **Valeurs culturelles, croyances et modes de vie**

1. Que signifie pour vous, la santé?  
     Le bien-être?
2. Quelles sont les valeurs que vous trouvez les plus importantes et que vous aimeriez transmettre à vos enfants?  
     Comment les transmet-on?
3. Pouvez-vous vous rappeler des expériences, des activités particulières, des modes de vie que vous trouviez bon et sains et qui vous apportaient le plus grand bien-être?
4. Comment vos valeurs, vos croyances peuvent promouvoir et maintenir la santé de votre bébé et la vôtre pendant la grossesse?
5. Existente-t-il différentes façons de prévenir, de diagnostiquer ou de traiter les malaises ou maladies pendant la grossesse?

6. Quels moyens prenez-vous pour vous garder en santé pendant la grossesse?
7. Quels moyens prenez-vous pour favoriser la santé de votre bébé?
8. Quels aliments mangez-vous habituellement?
9. Mangez-vous des aliments différents depuis que vous êtes enceinte? Quoi?
10. Y-a-t-il des aliments que vous ne devez pas manger parce que vous êtes enceinte? Lesquels? Pourquoi?
11. Allaitiez-vous votre bébé habituellement ou avez-vous l'intention de l'allaiter? Pourquoi?
12. Y-a-t-il des soins spécifiques qui préparent à l'allaitement?
13. À quel moment commencez-vous à allaiter?
14. Pendant combien de temps allaitez-vous?
15. Allaitiez-vous votre fille aussi longtemps que votre garçon? Pourquoi?
16. Les garçons doivent-ils manger plus que les filles? Pourquoi?
17. Dans votre famille, lorsque vous étiez enfant, vos frères mangeaient-ils plus que vous? Quoi? Pourquoi?
18. À l'heure des repas, les femmes et les filles mangent-elles au même moment que les hommes et les garçons? Si non, pourquoi?
19. Combien de kilo avez-vous pris environ depuis le début de votre grossesse?  
Lors de vos grossesses antérieures?
20. Pouvez-vous me décrire une de vos journées types?
21. Pouvez-vous me décrire une des journées types de votre conjoint?  
De votre fille? De votre garçon?
22. Avez-vous des loisirs? Votre mari?
23. Est-ce plus difficile d'accomplir vos activités pendant la grossesse?

24. Que faites-vous pour vous reposer?
25. Arrêtez-vous de travailler quelque temps avant l'accouchement?
26. Après l'accouchement, à quel moment reprenez-vous vos activités?

**Vision du monde, dimension spirituelle, religion et environnement.**

1. Pourriez-vous me dire comment vous percevez le monde en général, comment voyez-vous la vie?
2. Croyez-vous que la façon de percevoir le monde a une influence sur votre santé?
3. Parlez-moi de l'importance que vous accordez à la religion?
4. Quels pratiques religieuses respectez-vous?
5. Comment votre religion peut-elle vous soutenir ou vous aider dans la vie?
6. Existe-t-il une différence entre un homme et une femme selon votre religion?  
Laquelle?
7. Quels liens existent-ils entre la religion et la santé pendant la grossesse?
8. La religion vous dicte-t-elle des soins particuliers pendant la grossesse?
9. Existe-t-il un saint ou une sainte (tradition maraboutique) que vous implorez tout spécialement pendant la grossesse? Comment?
10. En dehors de la religion existe-il des croyances importantes à respecter pendant la grossesse? (jinnns, mauvais oeil) Que doit-on faire?
11. Dans votre environnement, y-a-t-il des facteurs qui influencent votre bien-être et votre santé pendant la grossesse?
12. Quel est l'environnement le plus favorable à la santé pendant la grossesse?

### **La famille**

1. Quels sont les membres de votre famille?
2. Quels sont les rôles et les responsabilités de chacun des membres de votre famille?
  - Les hommes :
  - Les femmes :
  - Les filles :
  - Les garçons :
  - Les grands-parents :
  - Les oncles :
  - Les tantes :
3. À quel âge les filles commencent-elles à travailler, à aider aux travaux domestiques?
  - Le petit garçon?
4. Comment se prennent les décisions dans votre famille?
5. Qui est consulté lorsque des décisions en matière de santé doivent se prendre pendant la grossesse?
6. Est-il important d'avoir des enfants? Pourquoi? Aux yeux de qui?
7. Est-il fréquent de marier un homme avec certains liens de parenté? Avez-vous un lien de parenté avec votre mari?
8. Votre époux était-il choisi par votre famille?
9. Y-a-t-il une dotte pour la fille? Qui fixe la somme?
10. Quelle est l'importance de la famille et l'influence de celle-ci sur votre santé ou votre bien-être pendant la grossesse?
11. À votre avis, que pourraient faire de plus les membres de votre famille pour favoriser votre santé pendant la grossesse?

### **Significations de soin**

1. Que signifie le mot "soin" pour vous? Donnez-moi des exemples.

2. Faites-vous la distinction entre le mot "soin" et l'expression "prendre soin"?
3. Quelles sont les expressions en arabe qui veulent dire "soin" et "prendre soin"?  
Quand les utilise-t-on et quelle est leur signification?
4. Comment reconnaissez-vous une personne qui sait "prendre soin"?
5. Pouvez-vous me donner des mots qui décrivent une personne qui "prend soin"?
6. Avez-vous déjà connu des gens qui ne prenaient pas soin? Si oui comment s'expriment t-ils ?
7. Comment se développent les attitudes de "soin"?
8. Quelle est la signification de "soin" dans la religion islamique?
9. De quelles façons les soins sont démontrés dans les pratiques quotidiennes des musulmans?

#### **Les soins génériques et les soins professionnels**

1. Pouvez-vous me parler des expériences de "soin" qui favorisent votre santé et celle de votre bébé?
2. Pouvez-vous me parler en quoi les soins pendant la grossesse diffèrent des soins lors de d'autres expériences de santé?
3. Pouvez-vous me donner des exemples d'activités ou de gestes, de routine, de façon de vivre qui contribuent à vous garder en santé pendant la grossesse?
4. Dans votre culture, comment les hommes prennent soin des femmes enceintes?  
Les autres femmes?
5. Avez-vous déjà consulté dans un centre de protection maternelle et infantile?  
Décrivez votre expérience?
6. Avez-vous déjà reçu des soins ou un traitement d'un guérisseur?  
Comment décrivez-vous les soins donnés par les guérisseurs?
7. De quelle façon les soins des guérisseurs diffèrent des soins offerts par les sages-femmes?

8. À partir de votre expérience, décrivez-moi une sage-femme qui donne de bons soins (en arabe). Donnez des exemples.
9. Avez-vous déjà observé certains comportements chez des sages-femmes que vous considérez comme n'étant pas de bons soins?
10. Qu'est-ce qui empêche les sages-femmes de donner de bons soins?
11. Les sages-femmes ont-elles des attentes vous concernant?
12. Quelles attentes avez-vous à l'égard des sages-femmes concernant les soins?
13. Les sages-femmes utilisent-elles des médecines traditionnelles? Qu'en pensent-elles?

#### **Dimension technologique**

1. Donnez-moi votre opinion sur la technologie en général et comment influence-t-elle votre travail dans le quotidien?
2. Existe-t-il des types de technologie moderne ou traitement qui sont à éviter pendant la grossesse?
3. La technologie qui existe dans les services de santé peut-elle empêcher de donner de bons soins?

#### **Dimension politique**

1. Quel est le personnage le plus important dans votre communauté et pourquoi?
2. Quel est celui dans votre milieu de travail? Pourquoi?
3. Qui a l'autorité dans votre famille ?

#### **Dimension économique**

1. Quel est le principal revenu de votre famille?
2. Quelles sont vos principales dépenses?
3. Comment les soins que vous vous donnez ou que vous recevez pendant la grossesse sont-ils influencés par votre situation économique?

**Éducation**

1. Croyez-vous que l'éducation est importante? Pourquoi?
2. Est-il aussi important pour une fille d'aller à l'école ? Combien de temps?
3. Par quels moyens apprenez-vous à maintenir votre santé pendant la grossesse?

**ANNEXE III**  
**GUIDE D'EXPLORATION**  
**Version arabe**

**استغناء حول تصورات ، معتقدات ، عادات النسوة  
في فترة ما قبل الولادة بالجنوب التونسي  
وتأثير ذلك على صحة الأمّ والعلاج**

**معلومات عامة :**

- (1) الإسم واللقب :  
.....
- (2) تاريخ جمع المعلومات :  
.....
- (3) العمر : ..... العمر عند الإنجاب : ..... عدد الولادات : ..... عدد الأطفال :  
.....
- (4) مكان الولادة :  
.....
- (6) المهنة :  
.....
- (7) المستوى الثقافي :  
.....
- (8) معلومات أخرى :  
.....
- (9) معلومات عن العائلة :  
.....
- (10) من هم الأشخاص الهامّين عندك :  
.....

**القيم الثقافية المعتقدات وطريقة العيش :**

- 1- أش معيها الصحة بالنسبة ليك :  
.....
- أش يمثل عندك جيبان الصغار :  
.....
- 2- أشيخه الحاجات الهامة عندك واتحبي ترسيخها في ذريتك :  
.....
- 3- عملتيش حاجات باهية في حياتك وديمة تفرحي وقتلي تتفكر بها :  
.....
- 4- كيفاش معتقداتك وقيمك وعاداتك تنجم تساعدك على المحافظة على صحتك وقت الحمل  
وصحة غيرك ؟  
.....

### الجوانب الاقتصادية :

- 1- أشنه المدخول متع العائلة متاعكم ؟ .....
- 2 - أشنه أهم مصاريفك ؟ .....
- 3 - العلاج والدوايات وقت الحمل تأثرش على وضعيتكم المادية ومصاريفكم ؟ كيفاش ؟ .....

### التربية والتعليم :

- 1 - تظننش إلّي القراية هامة ؟ ..... علاش ؟ .....
- 2 - حسب رأيك الطفلة يلزمهاش تمشي تقرأ وحتّى الوين ؟ .....
- 3- كيفاش تتعلمي الحافظة على صحتك وقت الحمل ؟ .....

- 4 - القرارات في العائلة أشكون يأخذ فيها وكيفاش ؟
- 5- القرارات اللي مربوطة بصحتك وقت الحبالى أشكون يأخذ فيها ؟
- 6 - حسب رأيك جيبان الصغار حاجة باهية وإلا لا ؟ :  
وعلاش ؟ ..... وعلى عيون أشكون اتجيبني في الصغار ؟
- 7 - ثماش ياسر رجال تاخذ من أقاربها حسب رأيك ؟
- وإنت عندكش قرابة مع راجلك ؟
- 8 - راجلك اختارته العائلة متاعك وإلا إنت ؟
- 9 - ثماش مبر باهي للطفلة ؟ ..... أشكون يضبط قدأش بالضبط ؟

### معاني العلاج :

- 1 - اتنجميش اتقولي آش معناتها كلمة انعالج وإلا انداوي ؟  
أعطيني أمثلة :
- 2 - إتفرقيش بين كلمة نعالج وإلا نداوي وبين كلمة ردّ بالك واستحفظ على روحك ؟
- 3 - وقتاش تستعملوا الكلمتين هوذا ؟
- 4 - كيفاش تعرفني واحد ديمة يردّ في باله ؟  
- عندكش كلمات تنعني بيها اللي يردّ في باله ياسر ؟
- 6 - تعرفيش ناس ما يردّوش في بالهم خلاص ، كيفاش ؟
- 7 - كيفاش يتربى الواحد على الوقاية والعلاج ؟

8 - تعرفيش معنى العلاج والوقاية في الدين الإسلامي ؟

9 - كيفاش الوقاية والعلاج محترمين عند المسلمين في أعمالهم اليومية ؟

.....

.....

.....

### العلاقات التقليدية والمهنية :

1 - احكيلى على تجاربك العلاجية والدوائية اللي ساعدت على صحتك وصحة صغيرك ؟

.....

2 - اتنجميش اتقوليلي كيفاش العلاج وقت الحمل موش كيف الأيام الأخرى ؟

.....

3 - اتنجميش تعطيني أمثلة وإلا حاجات وتقاليد تعملي فيها وتساعدك على الحفاظ على صحتك مدة الحمل ؟

.....

4 - سبقش أنك رميتي « أجهضتي » ؟ وكيفاش تعملي باش ما ترميش ؟

.....

.....

5 - في عاداتكم كيفاش الرجال يردوا بالهم من النساء الحوامل ؟

.....

6 - عديتيش مرة في صبيطار رعاية الأم والطفل ، احكيلى علي هذه التجربة وأش قولك في الخدمات اللي قدموهالك وحسب رأيك النساء الأخريات راضيات وإلا لا على الخدمات ؟

.....

7 - خذيتش مرة دواء وعالجتي عند الرعواني (عزام مثلا) ؟

.....

8 - اتحبتي الولادة في الدار وإلا في الصبيطار وعلاش ؟

.....

9 - حسب تجربتك احكيلى على القابلات اللي يعالجوا بالباهي ؟ أعطيني أمثلة :

.....

10- ريتيش حاجات من القوابل اللي تعتبرينها موش باهية ؟

.....

.....

11 - حسب رأيك ثماش حاجات اتخلى القوايل ما يعالجوش بالباهي ؟ .....

12 - القوايل يستنوش في حاجات يحبوا يلقوها عند النساء ؟ .....

13 - أشنهي الحاجات اللي تحبى تلقيها عند القابلة فيما يخص العلاج ؟ .....

14 - القوايل يعملوش في حاجات رعوانية ؟ ..... وأش قولك ؟ .....

### الجوانب التكنولوجية :

1 - أش رأيك في الآلات الطبية والتطور اللي موجود توأفي الماكينات وغيرها وأثرش هذا على خدمتك اليومية ؟ .....

2 - ثمأشي أنواع من الآلات الطبية والدوايات اللي واحد يلزمه يبعد عليها وقت الحمل ؟ .....

3 - الماكينات إللي في الصبيطارات تأثرشي على إعطاء علاج باهي كيفاش ؟ .....

### الجوانب السياسية :

1 - أشكون أهم الأشخاص في بلادك وحياتك لماذا ؟ .....

2 - أشكون أهم الأشخاص في مكان عملك ؟ وفي الدار لماذا ؟ .....

3 - أشكون إللي يحكم في العائلة ؟ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### العائلة :

1 - مناش متكونة عائلتكم ؟ .....

2 - أشنه المسؤوليات متاع :

الرجال : .....

النساء : .....

البنات : .....

الأولاد : .....

الجدود : .....

العمات : .....

3 - وقتاش البنية تبدأ تخدم في الدار وتعاون أمها ؟ .....

والوليد ؟ : .....

- 5- عندكش عادات وإلا تجارب تشاعدك على معرفة بعض الأمراض وإلا الفلق منين تولي حيلي وكيفاش تتجنبيها ؟ .....
- 6- أشنه الحاجت التي تساعدك على المحافظة على صحتك وقت التي تولي حامل : .....
- 7- أش عملي باش تحافظي على صحّة صغيرك قبل الولادة : .....
- 8- أشنه الماكلة التي تآكلي فيها عادة : .....
- 9- امين اتولي حيلي تتغيرش ماكلتك وأشنه الحاجات التي تزيد فيها على قبل : .....
- 10- ثماش ماكله ما تاكليهاش على خاطر إنت حيلي ؟ اذكريها : .....
- 11- عادة ترضعيش في صغيرك ؟ وكان لا علاش ؟ .....
- 12- ثماش حاجات خاصّة عمليها باش اتحضري روحك للرضاعة ؟ اذكريها : .....
- 13- وقتاش تبدي ترضعي في صغيرك بالضبط ؟ : .....
- 14- قدّاش صغيرك يبقى يرضع بالضبط ؟ .....
- 15- عادة ترضعي في الولد أكثر من الطفلة وإلا لا وعلاش : .....
- 16- حسب رأيك الذكورة يلزمهمش يأكلوا أكثر من الأنثى وعلاش : .....
- 17- انت وقت التي كنتي صغيرة خوتك الأولاد ياكلوش أكثر منك ؟ .....
- 18- وقت الماكلة النساء والبنات ياكلوش مع بعضهم مع الرجال والأولاد ؟ .....
- إذا كان لا علاش حسب رأيك ؟ .....
- 19- في العيالات التي قاتت قدّاش زاد وزنك حسب التقدير ؟ .....
- 20- تنجميش اتقوليلي على أحسن أيام حياتك ؟ .....
- 21- تعرفيش أحسن أيام راجلك ؟ .....
- 22- عندكش حاجات تعرفني بها على روحك ؟ .....
- 23- عندكش حاجات تعرفني بها على روحك ؟ .....

24 - أش عملي باش ترتاجي ؟ .....

25 - اتبطلّيش خدمتك في الدّار وإلا غيرها قبل الولادة ؟ .....

26 - بعد الولادة وقتاش ترجعي تخدمي كالعادة ؟ .....

### النظرة إلى الحياة ، الجانب العقائدي والديني والمحيط :

1 - كيفاش اتشوفي هالعالم والحياة : .....

2- تظنّيش اللي طريقة شوقان ها العالم تأثرعلى صحتك ؟ .....

3 - احكي لي على الأهمية اللي تعطيا للدين متاعك : .....

4 - أشنهي الحاجات الدينيّة اللي تحترمي فيها : .....

5 - كيفاش الدين متاعك ينجّم.يعاونك في الحياة ؟ .....

6 - حسب الدين متاعك ثماش فرق بين الرّاجل والمرأة ؟ .....

7 - ثماش علاقة بين الدين والصحة أثناء العمل ؟ .....

8- الدين متاعك ينصحكش بحاجات خاصة بعملها وقت اللي تولّي حامل ؟ .....

9 - ثماش ولي تمشيله ديمة وتعتقدي فيه ؟ .....

10 - من غير الدين ثماش حاجة أخرى اتردي بالك منها وقت اللي إنت حامل (النفس مثلا)

كيفاش عملي ؟ .....

11 - في عائلتكم أو محيطكم ثماش حاجة تأثر على صحتك وقت الحمل ؟ .....

12 - حسب رأيك أشنه الحاجات الباهية والمربوطة بصحتك وقت الحمل ؟ .....

**ANNEXE IV**  
**PHOTOS**

CLINIQUE DE VACCINATION  
Wali (1997)

Photo 1



Photo 2

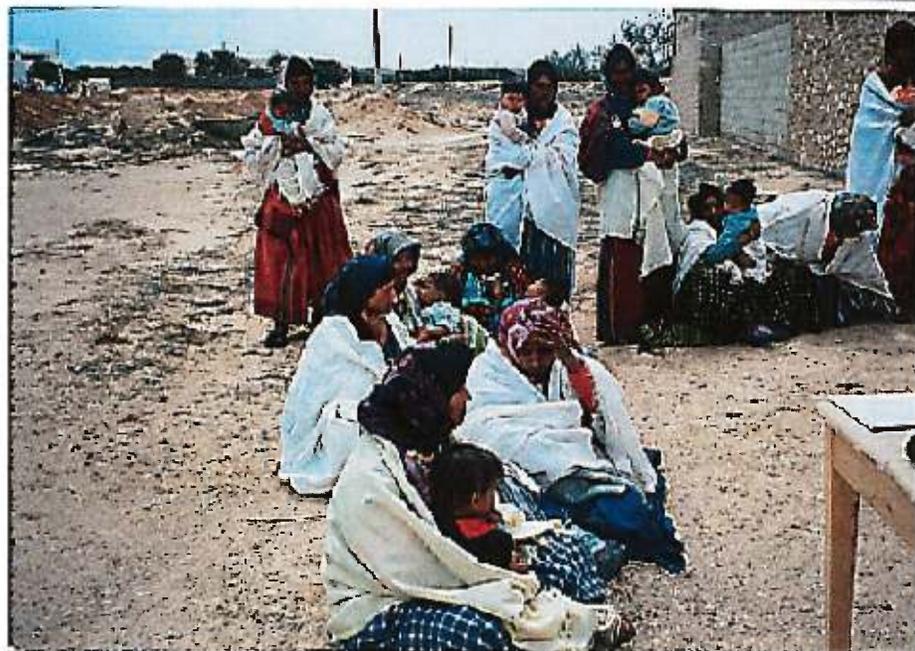
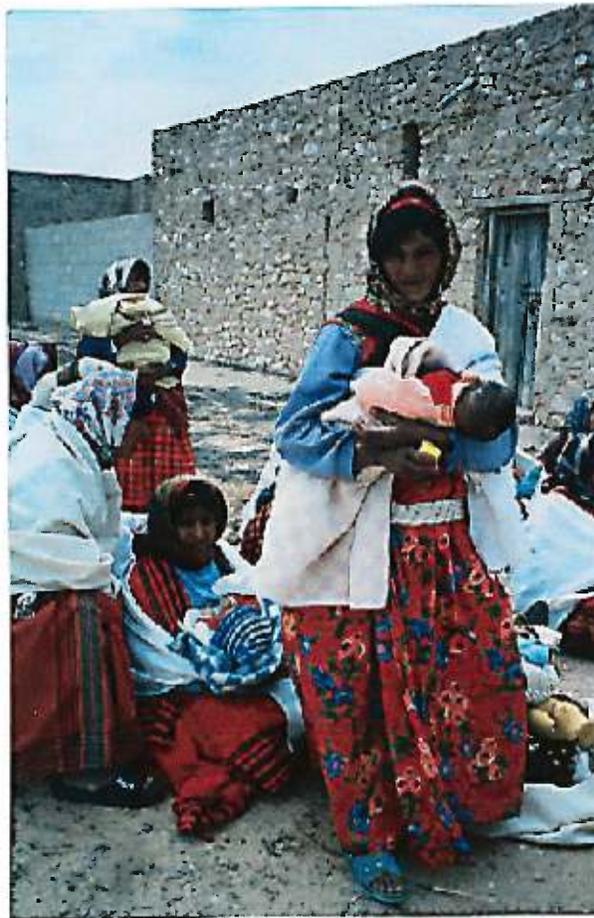


Photo 3



ENTREVUES DE GROUPE  
MILLIEU RURAL

Photo 4

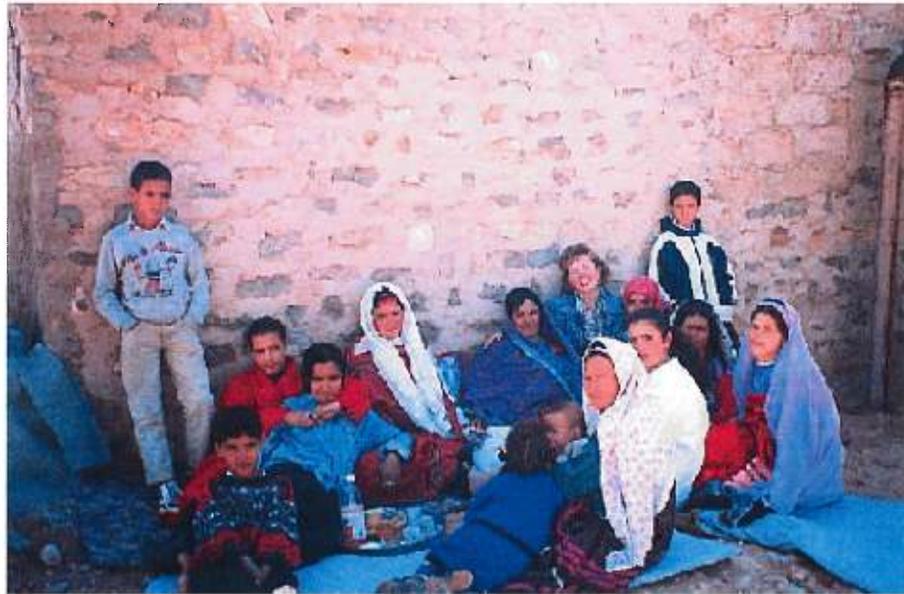
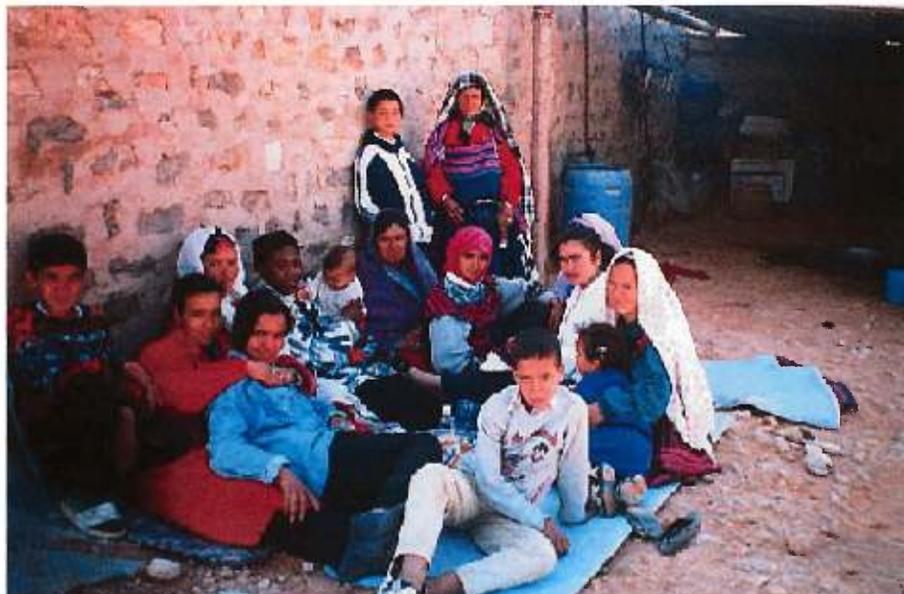


Photo 5



HABITS DE FÊTE

Photo 6



Photo 7



GHORFAS

Photo 8



ROUTES ET PAYSAGES  
MILIEU RURAL

Photo 9

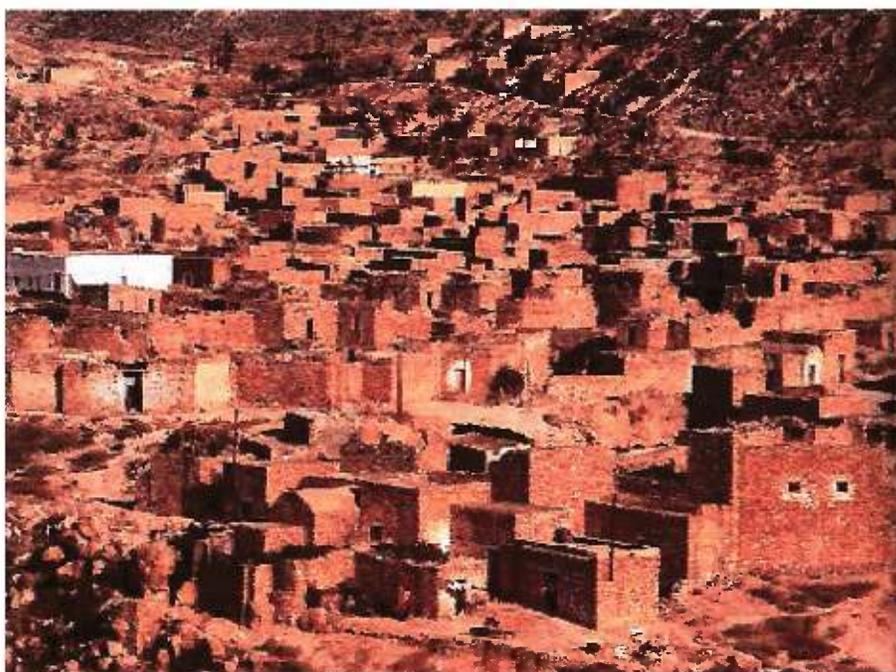


Photo 10



VILLAGE  
MILIEU RURAL

Photo 11



MAISON « EN DUR »  
TENTE TRADITIONNELLE

Photo 12

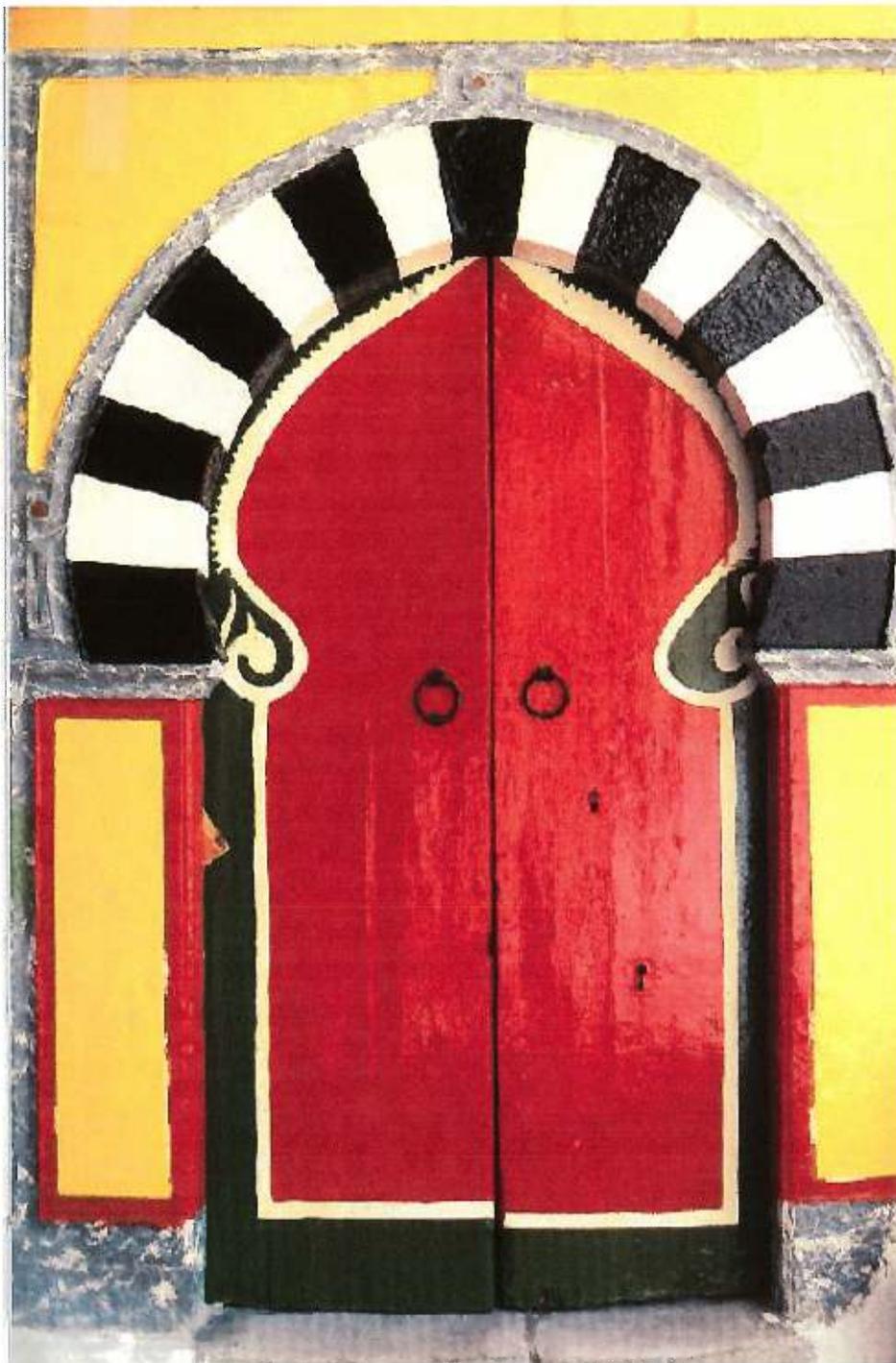


Photo 13



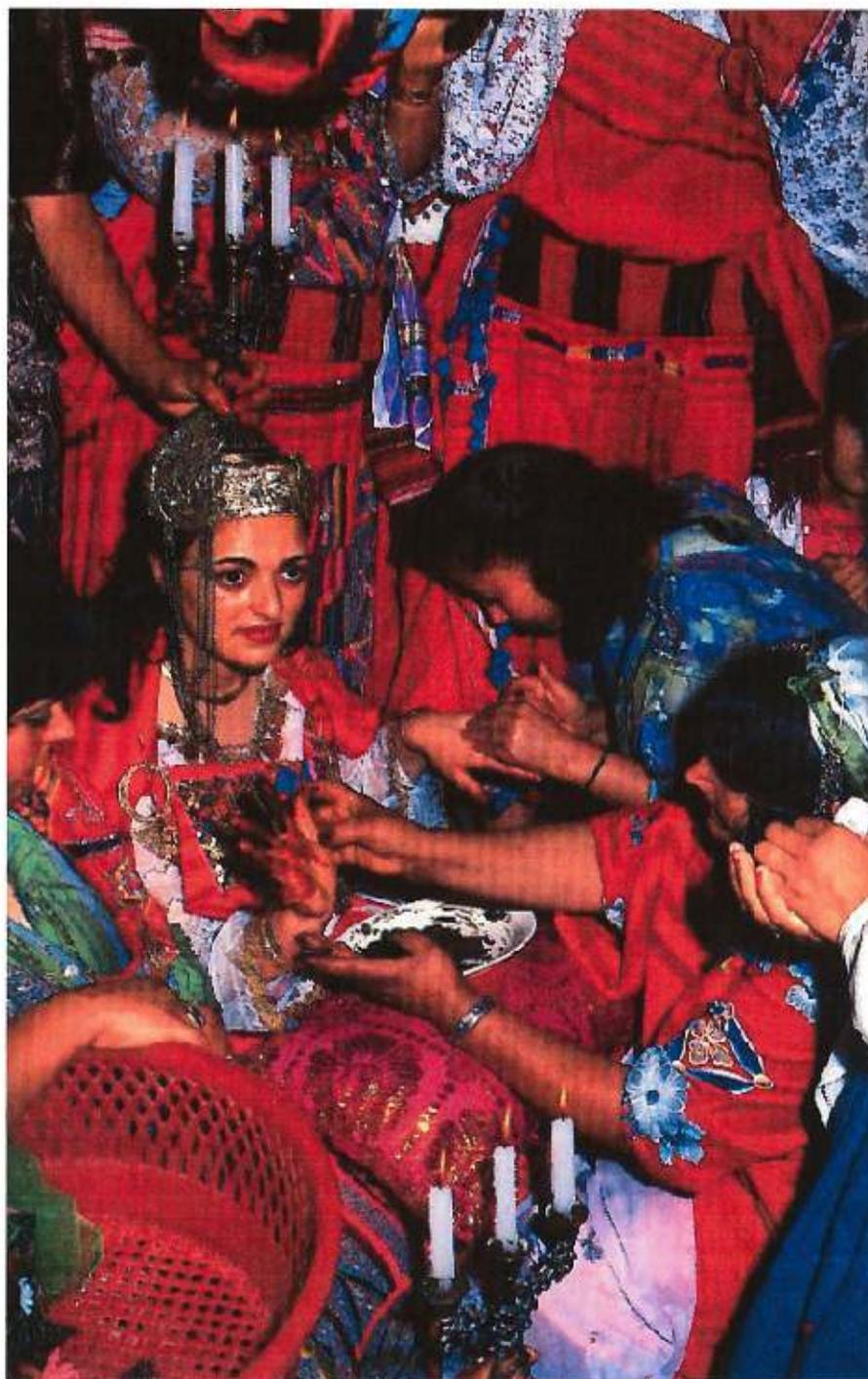
PORTE D'UN HAMMAN

Photo 14



RITE DU HENNÉ

Photo 15



FEMME ATTEINTE PAR  
LE « MAUVAIS ŒIL »

Photo 16



## FÉTICHES

Photo 17



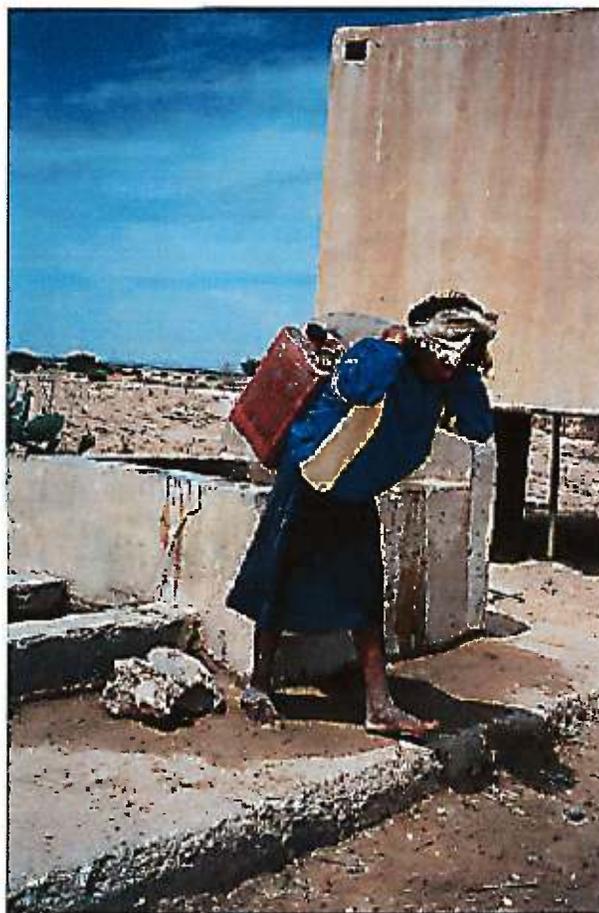
AZZAMA  
FEMME QUI EXORCISE LE  
« MAUVAIS ŒIL »

Photo 18



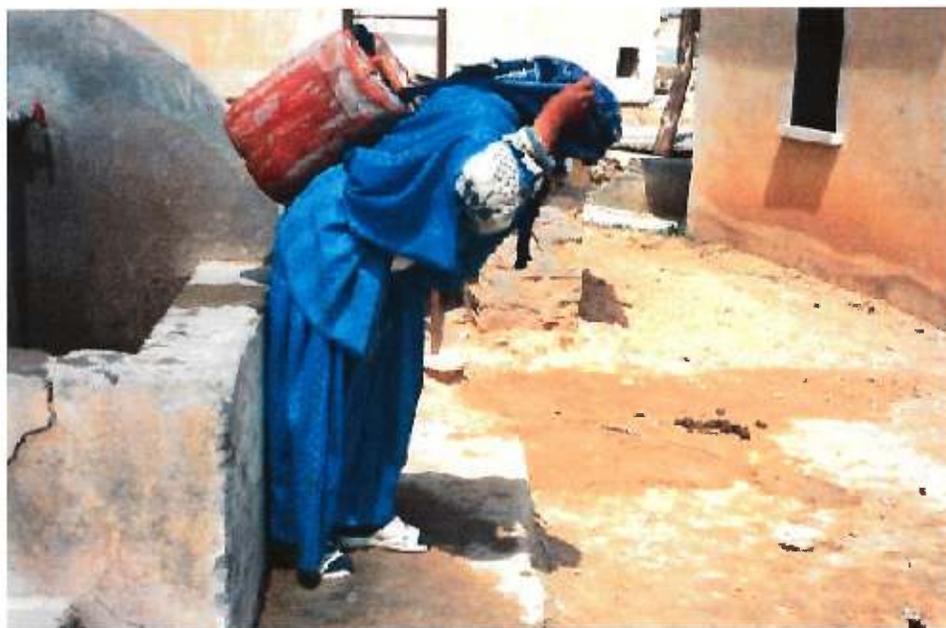
CORVÉE D'EAU

Photo 19



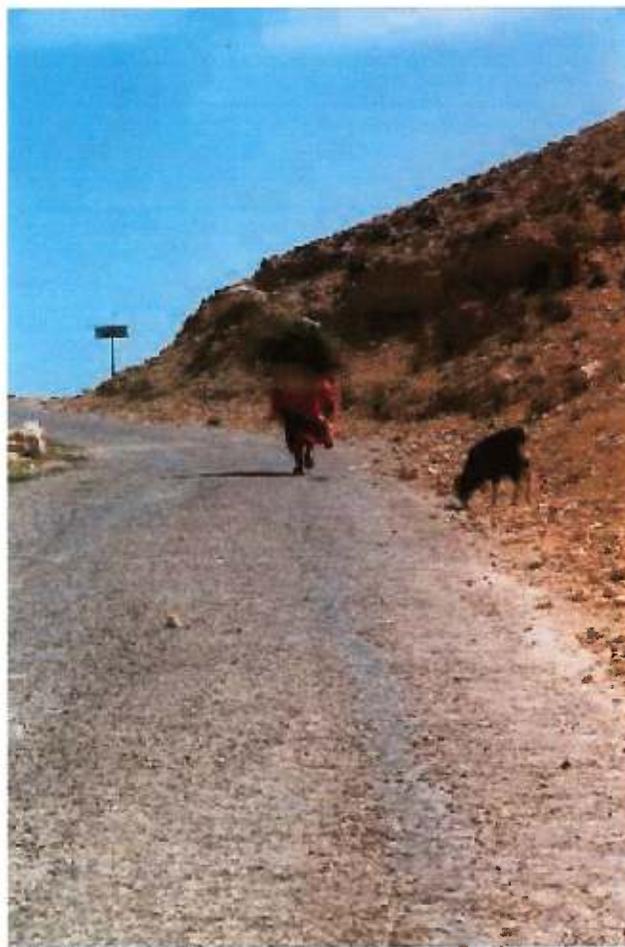
CORVÉE D'EAU

Photo 20



FAGOT DE BOIS

Photo 21



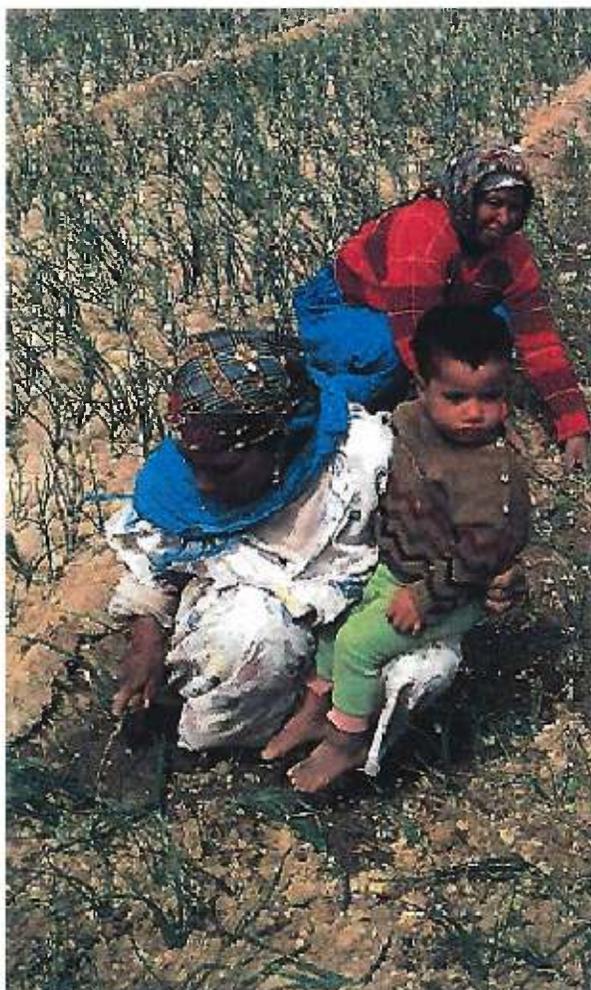
## TRANSPORT DE BROUSAILLES

Photo 22



## TRAVAIL AU CHAMP

Photo 23



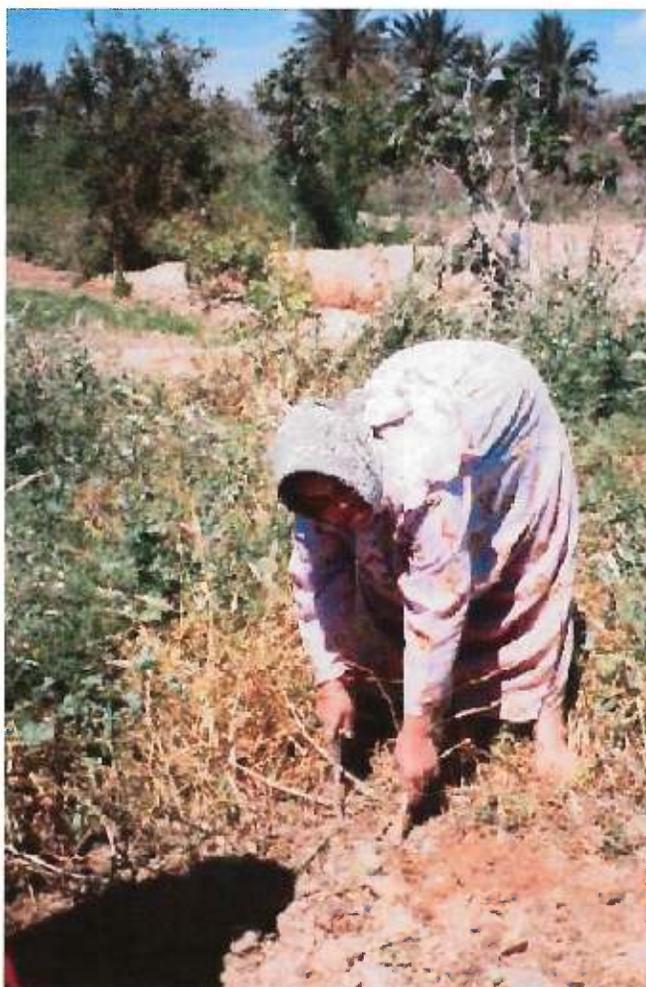
POSITION COURBÉE

Photo 24



## POSITION COURBÉE

Photo 25



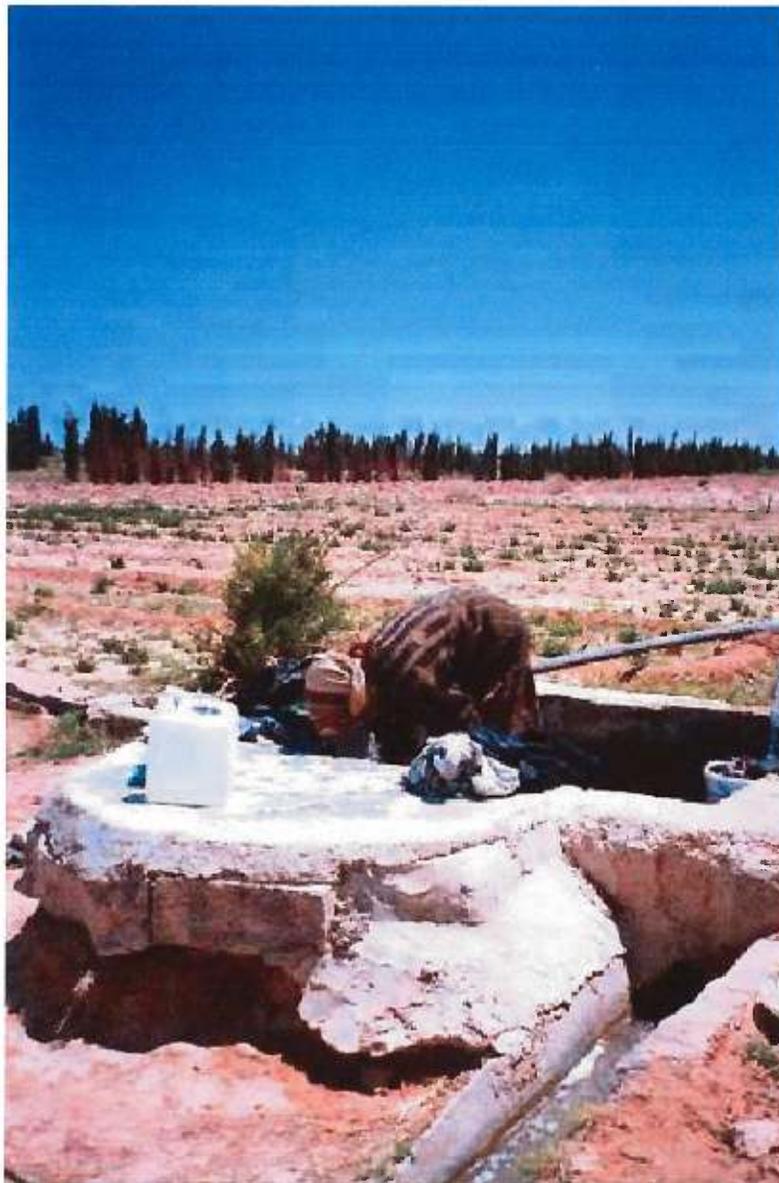
ENTRETIEN DES ANIMAUX

Photo 26



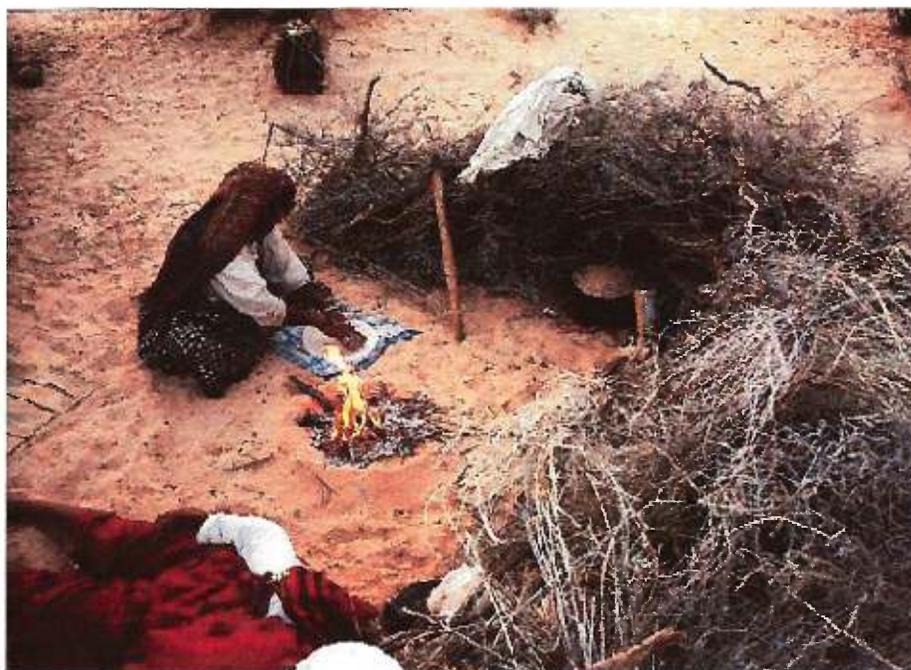
## LAVAGE DES VÊTEMENTS

Photo 27



FABRICATION DU PAIN

Photo 28



TISSAGE

Photo 29



FABRICATION DE COUFFINS

Photo 30



Photo 31



FABRICATION D'ABRIS D'ANIMAUX

Photo 32

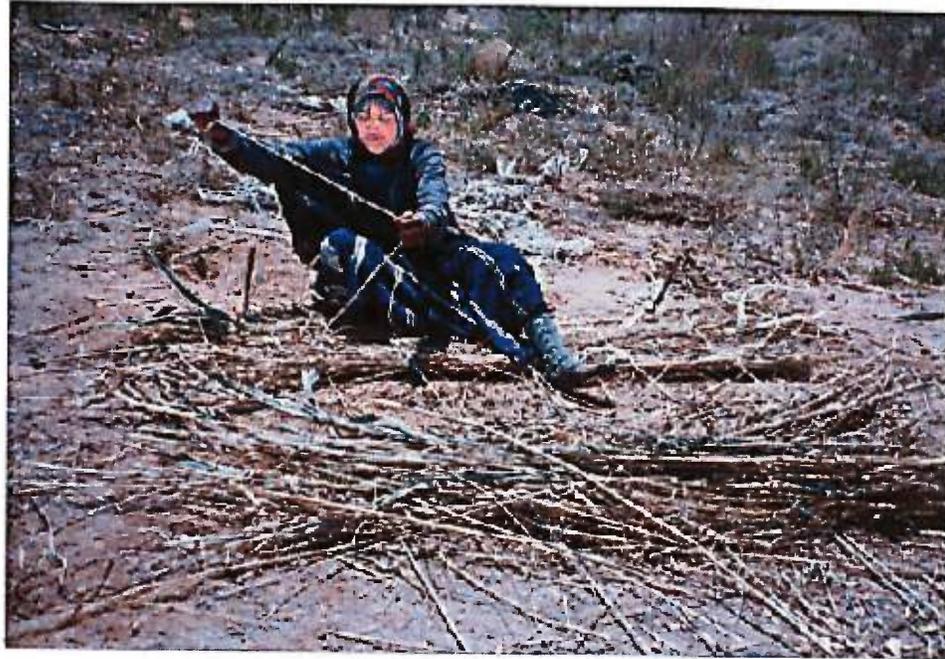


Photo 33



ARTISANAT

Photo 34



HELBA

Photo 35



**ANNEXE V**  
**HERBES DE MONTAGNE**

## HERBES DE MONTAGNE

<u>N. Latin.</u>	<u>Français</u>	<u>Arabe</u>
Artemisia herba-alba	Armoise blanche	الشبيح
Juniperus phoenicea	Génévrier	العرعار
Thymus hirtus	Thym	الزّعتر
Cuminum cyminum	Cumin	الكمون
-	Oeillet	القرنفل
Rosmarinus officinalis	Romarin	إكليل
Lavandula stoechas	Lavande	الخزامة
Ziziphus lotus	Jujubier	السدر
Capparis spinosa	Cappre	الكبار
-	Blette	السلك
Ferula tumetana	-	الكلخ

**ANNEXE VI**  
**DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES**

Cette section présente des données supplémentaires touchant des descripteurs sémantiques et les significations de soins en langue arabe. Des croyances traditionnelles spécifiques aux femmes démontrent l'influence de la vision du monde magico-religieuse sur diverses expériences en lien avec la vie reproductive des femmes du sud de la Tunisie.

#### **DESCRIPTEURS SÉMANTIQUES DE LA LANGUE ARABE TOUCHANT LE DOMAINE DU SOIN**

La théorie de diversité et d'universalité de Leininger (1991) accorde une importance particulière aux expressions linguistiques spécifiques à notre domaine d'intérêt et recueillies dans le contexte culturel même de notre étude. Découvrir l'utilisation du mot "soin" en langue arabe dans diverses situations, offre une meilleure compréhension des descripteurs sémantiques utilisés.

Plusieurs dialectes existent dans l'arabe parlé mettant l'accent sur les différences régionales. Toutefois, la forme écrite est essentiellement la même dans tous les pays arabes. Nous avons demandé à des informatrices de nous écrire les mots qui signifiaient le soin et par la suite de les utiliser à l'intérieur d'une phrase. Ces phrases ont d'abord été traduites en français par les interprètes, puis retraduites en arabe et de nouveau en français par des informateurs contextuels différents. De plus, les termes arabes ont été confirmés par un professeur d'arabe de Tataouine et une chercheure de l'université de Moncton. Les termes utilisés sont: Yahtam, 'inayah, ihtiman, al'inayah, ri'aya, i'tinaa, aatifa, haaneei, satifa, ihtiram, yaatani, hasana, sadaqah, et hanoon.

Les mots arabes sont dérivés d'une racine à trois consonnes. Une racine constitue un élément irréductible offrant un support de signification (Petit Robert).

Des informatrices des différents milieux ont utilisé le plus fréquemment des mots qui découlent du verbe hamma tel que yahtam, ihimam, i'tinaa et yaatani. Ihtimam, le nom dérivé du verbe hamma, est utilisé pour signifier l'intérêt, la sollicitude, le soin et l'attention. Des informatrices ont utilisé ce mot dans le contexte suivant :

*Les parents prennent soin de leurs enfants et les familles prennent soin de ses membres (Gabès 3).*

*Le prophète a dit que celui qui ne prend pas soin d'un frère musulman, n'est pas musulman (G2f).*

Un autre terme utilisé pour parler du soin est 'inayab, dérivé de la racine 'ana et signifie s'intéresser à, s'inquiéter, prendre soin de, assister, soigner. 'inayah inclue à la fois les dimensions émotives et physiques du soin.

*On ne prend pas assez soin dans les écoles (Gabès 4).*

*On s'attend qu'une sage-femme prenne soin (G1a).*

*Les plantes aussi ont besoin de soins pour grandir (G2d).*

Ri'aya, utilisé moins fréquemment et dérivé de la racine ra' signifie soigner, garder, avoir la garde de, protéger et surveiller.

Une informatrice a utilisé le terme sadaqah pour parler du soin. Sadaqah réfère à un acte de charité, vertu fondamentale dans la religion islamique. Donner et aider les autres est une préoccupation importante de tout musulman. En ce sens, sadaqah n'est pas réservé à l'argent ou tout autre bien matériel, il signifie plutôt le temps, l'énergie, la sympathie, l'intérêt et tous les actes que l'on fait pour aider quelqu'un. Sadaqah n'a pas la même signification que le mot zakat qui est l'aumône obligatoire pour les musulmans

et qui réfère à des économies d'argent que l'on offre aux personnes dans le besoin. Sadaqah n'est pas obligatoire mais volontaire et s'inscrit dans un esprit de soin et de générosité.

Une informatrice a utilisé le terme ihfirm qui signifie le respect, appuyant ainsi l'importance de la relation étroite qui existe entre le soin et le respect dans la culture arabo-musulmane.

À la lumière de la théorie de Leininger (1991), il est démontré que les significations sémantiques des termes qui reflètent le mot soin, sont dépendants du contexte. Certains termes sont utilisés en lien avec la famille et les enfants, d'autres s'appliquent davantage aux soins professionnels. Ces termes illustrent bien les significations raffinées de la langue arabe tout comme la structure logique sur laquelle cette langue est construite, c'est-à-dire à partir de mots dérivés d'une racine à trois consonnes (voir Tableau IX).

### CROYANCES TRADITIONNELLES

Des croyances traditionnelles supplémentaires en lien avec les expériences de la vie reproductive découlent des données recueillies lors des entrevues et de l'observation participante. Des informatrices ont discuté des règles qui dictent des comportements pendant les menstruations et la période post-partum immédiate.

*Si une femme a ses menstruations, elle ne peut pas jeûner ou prier parce qu'elle n'est pas tahir ou propre (Gabès 2c).*

*Pour les 10 premiers jours après l'accouchement, elle ne peut pas jeûner ou prier (G2f).*

**Tableau IX**

**DESCRIPTEURS SÉMANTIQUES**

Verbes arabes	Significations en français
hamma	s'intéresser à, avoir de la sollicitude, prendre soin, porter attention
'ana	s'inquiéter, prendre soin, assister, soigner
ra'y	Soigner, garder, avoir la garde de, protéger, surveiller

Plusieurs informatrices ont mentionné des activités considérées taboues pendant les menstruations. Une d'entre elles nous dit :

*Une croyance ancienne dit que la femme n'est pas assez propre pour jeûner quand elle a ses menstruations. Elle ne devrait pas faire la cuisine ou marcher au dessus des vêtements du bébé. De plus, elle ne peut pas visiter une nouvelle maman si elle a ses menstruations. Elle ne peut pas se laver ou sortir de la maison parce que les veines sont ouvertes. Ceci peut causer de l'arthrite et des crampes musculaires..c'est une croyance traditionnelle mais ça peut être un peu différent selon les femmes.. (Gabès 3).*

Selon la shari'ah, la loi islamique, le sang est najis ou impropre (Mason,1967).

Le sang des menstruations ou les lochies place la femme dans un état d'impureté et potentiellement polluant (Mernissi, 1983, 1985). Cet état dicte des comportements restrictifs comme le fait de toucher le Coran, de faire la prière et de suivre le jeûne du Ramadan (Rizvi, 1985). Selon des informatrices, la personne doit être dans un état pur

pour s'adresser à Dieu. Quand le flot menstruel ou les lochies cessent, les femmes exécutent le ghusl, un lavage spécial qui les purifie.

En plus de l'état d'impureté, les informatrices discutent de l'importance de l'isolement pendant la période post-partum immédiate compte tenu de la très grande vulnérabilité des femmes et de leur bébé face aux menaces du mauvais œil.

Dans la religion islamique, la pollution s'applique également aux hommes. En effet, les relations sexuelles et l'écoulement du sperme rendent les hommes et les femmes impurs : *“ Après une relation sexuelle, janaba, nous sommes najis et nous devons nous purifier ” (K3b).*

Un junub est un homme ou une femme qui est devenu impur ou najis à la suite d'une relation sexuelle. Ils doivent donc exécuter un ghusl avant de prier (Boudhibaa, 1975).

La compréhension de ces croyances traditionnelles est importante pour les professionnels de la santé qui désirent co-créeer un contexte de soin sensible culturellement