

Femmes autochtones et maternité

Micheline Desgagné

CET ARTICLE SE VEUT UN SURVOL des particularités auxquelles est exposé le médecin qui œuvre auprès des femmes autochtones. Il a pour but principal de montrer la façon différente dont ces femmes envisagent la maternité et la naissance, ce qui entraîne des défis particuliers pour le suivi obstétrical. D'une part, le contexte socioculturel est très différent du nôtre et, d'autre part, certaines complications médicales de la grossesse sont beaucoup plus fréquentes chez cette clientèle. Il est donc impossible de traiter de maternité chez les Autochtones sans aborder ces problèmes médicaux spécifiques.

Les communautés autochtones sont jeunes pour la plupart, ce qui a pour conséquence un taux de natalité élevé. De plus, par rapport à la population générale, les grossesses sont plus fréquentes chez les femmes autochtones de moins de dix-huit ans (9 % contre 1 %) et de moins de vingt-cinq ans (55 % contre 28 %)¹. Le taux élevé de grossesses chez les adolescentes autochtones est le résultat de plusieurs facteurs. Le manque d'information sur les différents moyens contraceptifs disponibles et l'hésitation à consulter (manque de ressources médicales facilement accessibles, gêne, pauvreté) sont des obstacles à une contraception efficace. Par ailleurs, comme nous le mentionnons plus loin, certaines jeunes filles y voient un moyen d'améliorer leur statut dans la communauté. De plus, l'avortement est mal vu dans la plupart des milieux autochtones où la vie est considérée comme sacrée dès la conception. S'ajoute à ceci un taux de natalité plus élevé que chez les Québécoises (2,8 contre 1,4). Pour toutes ces raisons, il y a beaucoup de grossesses chez les femmes autochtones.

La D^{re} Micheline Desgagné, omnipraticienne, exerce l'obstétrique au Centre hospitalier de Maria dans la région de la baie des Chaleurs.

Contexte culturel

Voici donc, pour commencer, un bref tableau des particularités culturelles de ce milieu face à la maternité. Traditionnellement, la femme enceinte est très importante chez les Autochtones. Elle est protégée, aidée, souvent même nourrie (on apporte régulièrement des présents culinaires à la future maman) et se voit octroyer un statut social supérieur. La mère doit donner à l'enfant un sentiment d'appartenance à la famille élargie et au clan. Les implications culturelles de la maternité sont donc présentes dans l'esprit de la mère tout au long de la grossesse. Celle-ci est responsable de tous les aspects du mieux-être de l'enfant à naître en accord avec la roue traditionnelle de la médecine. Au centre de cette roue, on trouve la personne, entourée des aspects spirituels, affectifs, mentaux et physiques, le tout influencé par la famille et la communauté.

L'expérience de la maternité est donc indissociable de l'expérience familiale et communautaire. La présence et le soutien des membres de la famille sont donc primordiaux pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Il est important d'en tenir compte et de ne pas exclure les membres de la famille qui désirent participer au processus. Nous devons également être conscients que nos patientes sont influencées par les expériences antérieures des femmes de leur clan, même si elles n'osent souvent pas le mentionner et en tenir compte lors de nos interventions.

Le personnel médical est souvent peu au courant des pratiques traditionnelles autochtones entourant la grossesse et la naissance. Cet état de fait n'est pas une barrière infranchissable si on garde l'esprit ouvert. Certaines de ces pratiques ne diffèrent pas tellement des pratiques modernes tandis que d'autres s'intègrent facilement au processus de la naissance

sans nuire à la sécurité et aux interventions médicales nécessaires. Par exemple :

- les membres de la famille et les aînés du clan sont présents lors de l'accouchement ;
- le cordon est coupé avec un couteau rituel ;
- il y a un traitement traditionnel du placenta ;
- il y a de la musique, des chandelles, de l'eau et du foin d'odeur dans la chambre de naissance.

Pour la majorité des femmes autochtones, une naissance normale devrait être une affaire familiale où la médecine intervient le moins possible. Il s'agit d'un processus naturel au cours duquel les interventions devraient être idéalement absentes ou réduites au minimum. Bien sûr, les jeunes femmes d'aujourd'hui s'attendent quand même à un encadrement sécuritaire et aux interventions médicales nécessaires. Il s'agit dans la mesure du possible de combiner les méthodes traditionnelles et modernes de façon à assurer un déroulement sécuritaire du travail et de l'accouchement dans le respect des valeurs culturelles de la mère.

Complications médicales

Abordons maintenant les problèmes médicaux les plus fréquents chez les patientes autochtones. L'incidence du diabète est globalement plus élevée dans la population autochtone, les deux tiers des personnes atteintes étant des femmes². Par conséquent, le taux de diabète est de deux à cinq fois plus élevé chez ces femmes que dans la population générale, tant le diabète de type 2 que le diabète de grossesse³. Ce phénomène est multifactoriel. D'abord, la composante génétique est très importante avec une propension à la conservation des apports énergétiques. Par ailleurs, la nutrition est également un facteur considérable. Les aliments traditionnellement consommés par les Autochtones fournissaient, dans le passé, tous les nutriments et toutes les vitamines nécessaires à un contenu équilibré en glucides, en lipides et en protéines. De nos jours, toutefois, la majorité des Autochtones n'ont plus accès à ces aliments à cause des changements dans leur mode de vie. De plus, ils n'ont souvent pas les moyens de se payer l'équivalent moderne de ces denrées et se retrouvent donc souvent avec une alimentation riche en gras et en sucres concentrés plus facilement abor-

dable. Ce régime alimentaire entraîne également un taux élevé d'obésité. Pour toutes ces raisons, un dépistage systématique du diabète de grossesse est de rigueur chez cette clientèle.

La plupart des communautés autochtones s'appliquent à mettre sur pied des programmes axés sur la prévention afin d'amener, dans plusieurs milieux, des changements à l'alimentation et au niveau d'activité physique réduit presque à néant par la sédentarisation découlant de la colonisation. Nous devons également diriger nos efforts dans ce sens pour diminuer les complications liées au diabète de grossesse (retard de croissance intra-utérine, macrosomie, hypoglycémie néonatale, etc.) qui sont plus fréquentes chez les parturientes autochtones et leurs nouveau-nés.

Un autre problème médical qui nuit grandement à l'évolution de la grossesse et qui touche malheureusement souvent les femmes autochtones est l'abus de substances intoxicantes. Tant l'alcoolisme que la toxicomanie sont répandus dans de nombreuses communautés. Ici encore, des efforts visent à mettre au point des programmes d'éducation et de prévention s'adressant à toutes les personnes touchées, et plus particulièrement aux femmes enceintes. Il est donc très important d'aborder ce sujet avec les patientes dès le début de la grossesse et même avant si on a l'occasion d'intervenir auprès des jeunes filles qui pourraient devenir enceintes.

Le tabagisme fait également partie des habitudes courantes des femmes autochtones⁴. Inutile de rappeler ici les effets néfastes du tabac sur le fœtus et la santé maternelle. Il faut toutefois prendre en considération sa signification particulière pour le peuple autochtone. Dans les traditions ancestrales, le tabac était un présent du créateur, une plante sacrée aux multiples usages rituels qui était tantôt brûlée lors de cérémonies, fumée pour sceller des ententes ou déposée sur l'eau pour assurer la sécurité des voyageurs. On accorde encore, à ce jour, un respect traditionnel à cette plante. Dans l'esprit de plusieurs, elle est presque indissociable des événements heureux de l'existence et de certains rites encore pratiqués. Pour certaines femmes autochtones, fumer est une façon de se détendre, d'évacuer le stress et finalement de prendre soin d'elles-mêmes.

Il faut donc informer les patientes de façon claire et honnête, mais sans porter de jugement. La plupart des femmes réagiront positivement si elles sont mises au courant des dangers pour l'enfant à naître. Il peut parfois valoir la peine de leur expliquer que le tabac industriel d'aujourd'hui a peu à voir avec le tabac traditionnel. Le contenu en nicotine est plus élevé, et de multiples substances chimiques cancérogènes favorisant la dépendance y sont ajoutées.

Certaines problématiques sociales méritent qu'on s'y attarde. La pauvreté et la violence conjugale sont des réalités fréquentes dans plusieurs milieux autochtones. Quatre-vingt pour cent des femmes seront exposées à une forme ou l'autre de violence au cours de leur existence⁵. En plus des possibles séquelles physiques, cette situation entraîne une augmentation de l'anxiété et de la dépression avec le risque de recourir à l'alcool ou aux drogues pour les soulager. Il est, par ailleurs, bien connu que la grossesse est un moment particulièrement propice au déclenchement de la violence conjugale. Il faut donc être vigilants face au dépistage de cette problématique et à tout le moins interroger et laisser la porte ouverte. Toutes ces situations font en sorte que plusieurs grossesses posent un risque social avec les problèmes inhérents à la pauvreté et aux conséquences qui en découlent, y compris un suivi parfois erratique qui complique nos tentatives d'intervention.

Il y a donc de nombreuses grossesses à risque chez les patientes autochtones, ce qui entraîne un plus grand nombre d'accouchements prématurés, de retards de croissance et de cas de macrosomie. En raison de ces problèmes médicaux et sociaux, le taux de

mortalité infantile est élevé (dix-sept pour mille naissances contre sept pour mille dans le reste du Québec)⁶.

Pour terminer, si les Autochtones ont souvent de la difficulté à faire confiance au système médical, la plupart des patientes lorsqu'elles accordent cette confiance à leur médecin construisent une relation très enrichissante. Les témoignages de reconnaissance sont fréquents et chaleureux. Cette relation compense amplement pour les problèmes et les complications auxquelles il faudra peut-être faire face. ☺

Date de réception : 22 août 2006

Date d'acceptation : 25 août 2006

Bibliographie

1. Patrimoine canadien. *Évaluation de l'initiative des centres urbains polyvalents pour les jeunes Autochtones*; 2003. Site Internet : www.pch.gc.ca/progs/em-cr/eval/2003/2003_10/4_f.cfm (Page consultée le 10 août 2006)
2. Santé Canada. *Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) du Canada : les faits*; 2003. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/diabete/2001_evidence_faits/index_f.html (Page consultée le 10 août 2006)
3. The New Women's College Hospital. *Femmes en santé*; 2004. Site Internet : www.femmesensante.ca/le_club/index.cfm (Page consultée le 10 août 2006)
4. Santé Canada. *Aider les femmes enceintes et les nouvelles mères à cesser de fumer* 2003. Site Internet : www.niichro.com/FHealing%20Hearts/fheal_3.html (Page consultée le 10 août 2006)
5. Ménéy F. Les jeunes autochtones du Québec; février 2002. Site Internet : www.radiocanada.ca/nouvelles/dossiers/autochtones (Page consultée le 10 août 2006)
6. Affaires indiennes et du Nord Canada. *Vers un ressourcement. Santé et guérison* 3 (chapitre 3); 2002. Site Internet : www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/si13_f.html (Page consultée le 10 août 2006)



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

Un programme d'aide aux médecins du Québec depuis 1990.

Médecins - Résidents(es) - Étudiants(es) - Famille immédiate

« L'Entraide entre médecins! »

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Tél. : (514) 397-0888 • 1 800 387-4166

Courriel : info@pamq.org

www.pamq.org

En toute confidentialité