

RECHERCHE

MYTHES ET CROYANCES PENDANT LA GROSSESSE DANS LA RÉGION NORD-OUEST DU PORTUGAL ET SES IMPLICATIONS DANS LA SANTÉ DES FEMMES

Maria de Fátima VIEIRA MARTINS,

Maître en Sociologie de la Santé,

Professeur Adjoint à l'École Supérieure d'Infirmières Calouste Gulbenkian de l'Université du Minho
Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian – Braga

Paula Cristina ALMEIDA REMOALDO,

Docteur en Géographie Humaine,

Professeur Associé au Département de Géographie de l'Université du Minho

RÉSUMÉ

Tout au long de sa vie, la femme est confrontée à des récits narrants des expériences et des histoires qui se transmettent successivement de parents à enfants et qui, sauf en de rares cas, préfigurent des croyances et des mythes déterminants de ses comportements. Ceux-ci sont générateurs de craintes et de peurs à partir desquelles elle commence à construire la représentation de sa propre grossesse.

Le présent article a pour base une étude que nous avons menée dans la région du Nord-Ouest du Portugal et qui a eu pour objectifs de rechercher si les femmes enceintes fréquentant les services de santé sont influencées par les mythes ou croyances et d'identifier des comportements découlant des croyances. L'élément principal de cette étude est que 82 % des femmes interrogées déclarent avoir été, plus ou moins, influencées par les mythes et les croyances.

Mots clés : Traditions, Grossesse, Éducation pour la Santé.

ABSTRACT

Throughout her life, the woman is confronted with tales of experiences and stories which are eternally passed on from parents to children, which in rare cases precede beliefs and myths determinants of their behaviours. These beliefs and myths generate fears and worries from which a woman bases the representation of her pregnancy.

The main objective of this study held in the north-western region of Portugal is to confirm if the pregnant women who attend the public health services are, or not, influenced by myths or beliefs and to identify behaviours expressed by these women that are directly dependent on the beliefs. The main conclusion that we may learn from this study is that 82 % of the one hundred women whom were interviewed mentioned to have been influenced, in greater or less importance, by myths and beliefs.

Key words : Traditions, Pregnancy, Health Education.

INTRODUCTION

Pendant des millénaires, la reproduction humaine était basée sur des concepts plus ou moins mystérieux, des mythes et de nombreux tabous. D'une manière générale, sur terre, la fertilité était considérée comme un présent de Dieu, même si les attitudes face à la conception et la grossesse variaient selon les cultures. Dans de nombreuses sociétés, la grossesse était vénérée comme une preuve de fertilité. Les individus avaient recours à des rituels magiques pour faire apparaître la force de la fertilité.

Au Portugal, principalement dans le Nord, bien que cette région présente des indicateurs sanitaires comparables à ceux d'un pays développé (i.e., taux de mortalité infantile de 5 ‰ en 2003), persistent des mythes et des croyances, associés à la reproduction, et de forme particulière, associés à la grossesse. Nonobstant ce constat, il n'y a pas eu, jusqu'à présent, de recherches empiriques, dans le domaine de la Géographie de la Santé, qui prouvent de façon catégorique que ces mythes et croyances restent enracinés en ce début de XXI^{ème} siècle. L'unique enquête réalisée dans le Nord-Ouest du Portugal, par une géographe (Canteiro, 2003) est liée à l'étude des croyances et des traditions qui se réfèrent à la première année de vie de l'enfant.

C'est dans les années 70 (après la révolution du 25 avril 1974) que se sont opérées les plus profondes évolutions sociales et culturelles dans la société portugaise, qui se sont traduites entre autres par une baisse spectaculaire des taux de mortalité infantile, périnatale et maternelle. Jusqu'aux années 80, le Portugal présentait des scores très élevés comparés à la moyenne de l'Union Européenne. Quand, en 1960, décédaient près de 78 enfants âgés de moins d'un an pour 1000 naissances, dans l'Union Européenne cette moyenne était seulement de 34,50 ‰ (Eurostat, 2000). En 1992, ce fut la première fois qu'au Portugal, ce taux descendit au dessous des 10 ‰, ce qui constituait déjà un seuil de référence au niveau de la baisse de la mortalité infantile et symbolisait l'appartenance à un pays développé.

Les facteurs les plus déterminants de cette baisse spectaculaire au Portugal, ont été l'élévation du niveau de l'éducation de la population, l'amélioration de la qualité de vie et du système de santé portugais, combinés surtout aux soins de premier secours, spécialement à compter des années 70. Il est important de faire ressortir que depuis 1998, le Portugal n'occupe plus la dernière place des douze pays de l'Union Européenne, puisqu'il a été dépassé par l'Irlande, la Grèce et le Royaume Uni qui ont des scores plus élevés, même si la différence n'est pas significative. Malgré une tendance à l'homogénéisation des valeurs, les spécificités régionales continuent à être notoires, montrant une dichotomie entre le nord et le sud du Portugal continental.

Ce clivage nord-sud est révélateur de multiples facteurs explicatifs qui ont persistés pendant une longue période. Ainsi, dans le Nord, l'influence d'un mode de vie plus traditionnel a toujours été évidente, caractérisé par un fort attachement aux valeurs religieuses et sociales, qui ont

eu un impact négatif sur l'utilisation individuelle et volontaire des services publics de santé. L'influence de ce facteur fut plus marquante que celui de la pauvreté ou du niveau d'instruction des parents. Ainsi, le niveau socio-économique plus élevé du nord du pays n'a pas réussi à vaincre la forte influence des valeurs religieuses et sociales, tandis qu'au sud la moindre importance de ces valeurs a compensé sa plus grande faiblesse économique. Dans la région objet de notre étude, le degré d'émancipation de la femme est faible et sa reconnaissance et appartenance sociale sont souvent liées à sa capacité de fécondation. Nous savons aussi que la femme, tout au long de son existence, est confrontée à des récits d'histoires vécues qui se transmettent de génération en génération, et qu'il n'est pas rare qu'elles configurent des croyances et des mythes influençant ses comportements qui sont eux-mêmes générateurs d'incertitudes et de peurs.

De ce fait, c'est sur cette influence que les divers groupes sociaux constituent, autour de la grossesse, un ensemble de règles comportementales, soit au niveau des interdictions, soit au niveau des obligations, qui font ressortir clairement l'importance sociale attribuée à ce phénomène de reproduction (Costa et Remoaldo, 1994). Plusieurs fois, ils ont aussi tendance à transformer la grossesse en un état rituel ayant pour objectifs de protéger le fœtus et de fortifier la relation de couple et montrent ainsi, la cohésion sociale du mariage (Kitzinger, 1978).

Au cours de cette période, il est important que la femme soit écoutée et comprise dans sa réalité psychique interne, même basée sur des angoisses irrationnelles, des peurs, des doutes, des mythes ou croyances sur la vision de la grossesse et de l'accouchement. Dans notre enquête, nous avons retenu comme hypothèse centrale, l'interférence ou non des mythes et des croyances dans le comportement de la femme pendant la grossesse et avons pris en compte les sous-hypothèses suivantes :

- **H1** : toutes les femmes enceintes, de manière plus ou moins importante, sont influencées par les traditions transmises surtout de mères à filles et de belles-mères à belles-filles.
- **H2** : plus le niveau socio-économique est élevé, moins sera la propension à l'influence des mythes et croyances.
- **H3** : les femmes enceintes résidant en milieu rural sont plus influencées par les mythes et les croyances que celles résidant en milieu urbain.

Méthodologie

Nous avons opté pour centraliser notre recherche sur un plan quantitatif/qualitatif, car il nous intéressait non seulement d'identifier les relations entre certaines variables mais aussi la globalité des phénomènes et de leur compréhension.

Afin d'organiser structurellement le cadre théorique, nous avons réalisé six entretiens exploratoires de femmes connaissant les traditions et coutumes et deux entretiens d'experts connaissant le savoir social.

MYTHES ET CROYANCES PENDANT LA GROSSESSE DANS LA RÉGION NORD-OUEST DU PORTUGAL ET SES IMPLICATIONS DANS LA SANTÉ DES FEMMES

Nous prétendions savoir si les femmes enceintes sont porteuses ou non de mythes et croyances en relation avec la grossesse, et dans l'affirmative, sous quelles formes elles furent influencées par eux. Pour cela, ont été effectuées des entrevues semi-structurées de cent femmes qui ont accouché dans une maternité. Nous avons associé à ces entrevues, une observation ayant comme objectif de compléter certaines données recueillies.

Finalement, pour déterminer et vérifier l'importance accordée par les infirmières, dans le cadre des consultations prénatales à l'Education pour la Santé, à l'égard des mythes et des croyances, nous avons utilisé un questionnaire dont l'analyse termine le troisième niveau de cette enquête, que nous n'aborderons pas en détail dans cet article.

Profil de l'échantillon

Les recherches comprennent un univers d'éléments très diversifiés, si bien qu'il n'était pas permis de les considérer dans leur totalité. Pour cette raison, il a été nécessaire de travailler avec un échantillon, c'est-à-dire, une petite partie composant la population mère. Inhérent à toute méthode d'échantillonnage, il existe des aspects positifs et négatifs consciemment éliminés en choisissant un échantillon simple, stratifié et systématique, se chiffrant en volume par cent mères qui ont vécu une grossesse (21 % du total des accouchements pour la période de février et mars 2003).

L'indice d'erreur calculé de 0,0049 attribue une représentativité élevée à notre échantillon. De ce constat, il est légitime de conclure que les biais résultant de la sélection de notre échantillon ont été réduits. Comme caractéristiques principales des éléments de l'échantillon, nous pouvons remarquer une représentativité élevée de femmes résidant dans la commune de Braga, d'âge très diversifié, avec une majorité de femmes âgées de 25 à 34 ans.

Nous avons constaté que 88 % des femmes (n = 88) étaient mariées, démontrant que la majorité des naissances se font au sein de l'institution matrimoniale. Les femmes représentant les 12 % restant ont eu leurs enfants sans être juridiquement mariées. Toutefois, le mariage n'est pas l'unique forme de conjugalité, car d'autres, comme l'union libre, gagnent de l'importance, et sont représentées par sept femmes dans notre échantillon.

Près de 39 % (n = 39) des mères ont affirmé vivre seulement avec le mari/compagnon et 30 % (n = 30) ont déclaré vivre avec le mari/compagnon et avec un ou deux enfants.

Il convient, néanmoins, de noter que 14 % des mères interviewées vivaient avec leur mari ou non, mais accompagnées des parents ou beaux-parents et parfois avec certains frères ou sœurs. Nous avons détaché, de cette façon, un pourcentage significatif de mères (29 %

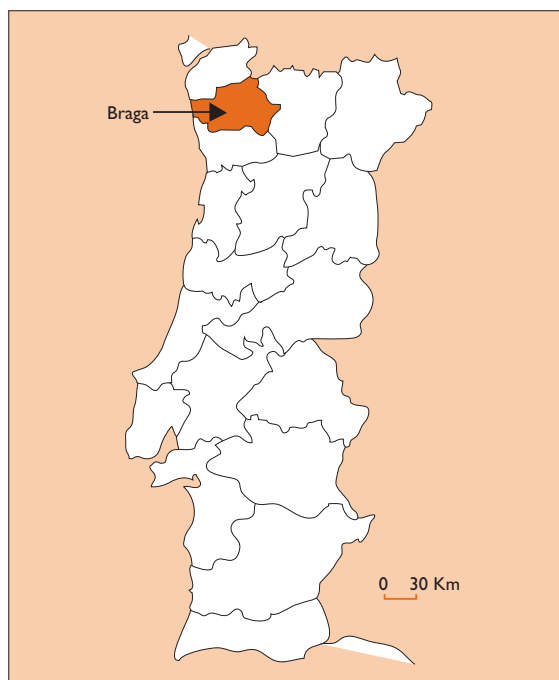
qui ont des conditions de vie permettant d'être influencées quotidiennement par les mythes et les croyances, car vivant avec des parents proches, plus concrètement, avec les parents ou beaux-parents.

Néanmoins, la participation élevée de la femme sur le marché du travail dans la région étudiée, avec un taux d'activité de 68 %, est possible uniquement avec quelques stratégies familiales, notamment, avec l'aide des grands-parents qui s'occupent des petits-enfants, ce qui est un facteur important pour la transmission de certains savoirs traditionnels associés aux mythes et croyances. En tenant compte du «background» social, nous pouvons considérer ces femmes, en termes socio-économiques, appartenant à une classe moyenne.

Description sommaire de l'espace géographique étudié

La région étudiée correspond aux six communes du district de Braga (Nord-Ouest du Portugal – Figure 1).

Figure 1
Localisation du district de Braga



Tandis que Braga, Vila Verde, Amares, ou même Póvoa de Lanhoso sont des communes essentiellement de type urbain, Terras de Bouro et Vieira do Minho sont de «faciès» rural, avec une agriculture décadente. Le district de Braga a enregistré entre 1991 et 2001 (dates des deux derniers recensements), un accroissement de la population au-dessus de la moyenne nationale (10,1 % contre 5,0 %) et même de la Région Nord (6,2 %).

Dans ce district, en dépit d'un pourcentage de personnes sans aucun niveau d'enseignement (13,6 % en 2001), légèrement inférieur à la moyenne nationale

(14,3 % des 10 356 117 habitants comptabilisés dans la même année), il fut démontré une représentation supérieure des niveaux d'instruction les plus bas (jusqu'à la 6ème année de scolarité), soit 47,7 % de la population à l'échelle nationale et 55,4 % dans le dit district. Ce fait est, par lui-même, essentiel pour toute analyse relative aux comportements de la population et plus spécifiquement dans le domaine de la santé. Dans les deux derniers recensements, nous avons eu l'opportunité de connaître les préférences religieuses des portugais. En 1991, des 9 867 147 portugais interrogés, 70 % ont répondu à la question relative à la religion pratiquée (réponse facultative) et 94,60 % ont déclaré être catholiques. En 2001, des 10 356 117 personnes interrogées, 76,40 % ont répondu à la même question, soit 92,90 % déclarant être catholiques. Dans la région Nord du Portugal, ces valeurs étaient plus élevées, 97,50 % et 96,50 % en 2001 respectivement. Au-delà de cet indicateur de tradition, nous pouvons mentionner aussi une plus grande représentativité du mariage catholique, un plus faible nombre de divorces et de naissances hors mariage, et un plus

bas niveau d'émancipation de la femme comparative-ment aux autres régions du Portugal continental.

Influence de l'origine territoriale dans l'enracinement des croyances et traditions

L'élévation du niveau des représentations et croyances traditionnelles est partie du constat que celles-ci constituaient des visions culturelles de la grossesse révélatrices. Les données obtenues à travers l'analyse de cent femmes interrogées ont été regroupées en cinq niveaux thématiques :

- les connaissances sur la grossesse ;
 - le vécu de la grossesse ;
 - la connaissance des mythes et des croyances ;
 - les influences des mythes et des croyances sur les comportements des femmes enceintes ;
 - l'analyse de ces thèmes au cours des consultations.
- L'analyse des données a été effectuée en fonction des catégories et sous-catégories de chaque niveau thématique, comme le montre le Tableau 1.

Tableau 1.
Catégories et sous-catégories associées aux entretiens des femmes

THÈME	CATÉGORIE	SOUS-CATÉGORIE
1-Connaissances sur la grossesse	1-Premières connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Moment • Source • Thème
	2-Conseils	<ul style="list-style-type: none"> • Source • Type de conseils
	3-Représentations sur la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de la définition • Grossesse/responsabilité • Grossesse/expériences existentielles • Grossesse/bien-être: satisfaction et réalisation • Grossesse/contrôle du corps • Grossesse/relation conjugale • Grossesse/unité familiale et des générations • Grossesse/relation avec l'enfant : rencontre unique. • Grossesse/mal-être: maladie
2-Vécu de la grossesse	1-Impressions lors du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Bonheur • Tristesse • Acceptation difficile • Ambivalence • Anxiété/peur
	2-Comment s'est déroulée la période de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Calme • Compliquée • Incertaine • Peurs et craintes • Angoissante • Préoccupations

Source : Catégorisation effectuée par nous sur base des entretiens réalisés entre février et mars 2003.

MYTHES ET CROYANCES PENDANT LA GROSSESSE DANS LA RÉGION NORD-OUEST DU PORTUGAL ET SES IMPLICATIONS DANS LA SANTÉ DES FEMMES

Tableau 1.
Catégories et sous-catégories associées aux entretiens des femmes (conclusion)

THÈME	CATÉGORIE	SOUS-CATÉGORIE
3-Connaissance de mythes et croyances	1-Occultation de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvais œil • Hasard • Confirmation du diagnostique
	2-Deviner le sexe de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Aspect physique de la grossesse • Jeux du «peut-être» • Pouvoir divin. • Caractéristiques du fœtus • Réactions de la femme enceinte • Acte sexuel. • Aspect physique des autres enfants • Phase de la lune.
	3-Interdictions	<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec des objets • Alimentaires • Rituels • Contact avec des animaux.
	4-Préparation du trousseau	<ul style="list-style-type: none"> • Longtemps à l'avance • Seulement à partir du 4^{ème} mois • Seulement à partir du 6^{ème} mois • Seulement à partir du 8^{ème} mois
	5-Prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> • Elle n'a pas encore préparé le lit • Satisfaction des désirs • Type de désirs • Quantité alimentaire/alcool • Actes religieux/utilisation d'objets religieux
	6-Sexualité	<ul style="list-style-type: none"> • Avec modifications • Sans modifications
	7-Autres croyances et mythes	<ul style="list-style-type: none"> • Habitudes de la femme enceinte. • Maladies. • Astres. • Post accouchement
4- Influence des mythes et des croyances	1-Comportements de la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> • Sans modification du comportement • Modification complète du comportement • Modification partielle du comportement
	2-Vérification de certaines craintes à la naissance	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
5- Analyse des mythes et croyances pendant la vigilance pré-natale	1-Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Situation d'analyse • Type d'information. • Stratégies utilisées
	2-Non	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiments • Si quelqu'un abordait le sujet

Source : Catégorisation effectuée par nous sur base des entretiens réalisées entre février et mars 2003.

Nous pouvons affirmer comme résultat de cette recherche que les femmes enceintes admettent «l'image de la grossesse» comme une image à multiples facettes, ce qui est, sûrement, en rapport avec des interrogations individuelles, familiales, culturelles et sociales. Les femmes qui ont éprouvé la plus grande difficulté à qualifier la grossesse étaient âgées en moyenne de 31 ans, dont deux primipares, avec un niveau d'instruction relativement restreint (4 à 6 ans de scolarité) et qui, en règle générale, habitent dans des Secteurs Moyennement Urbains.

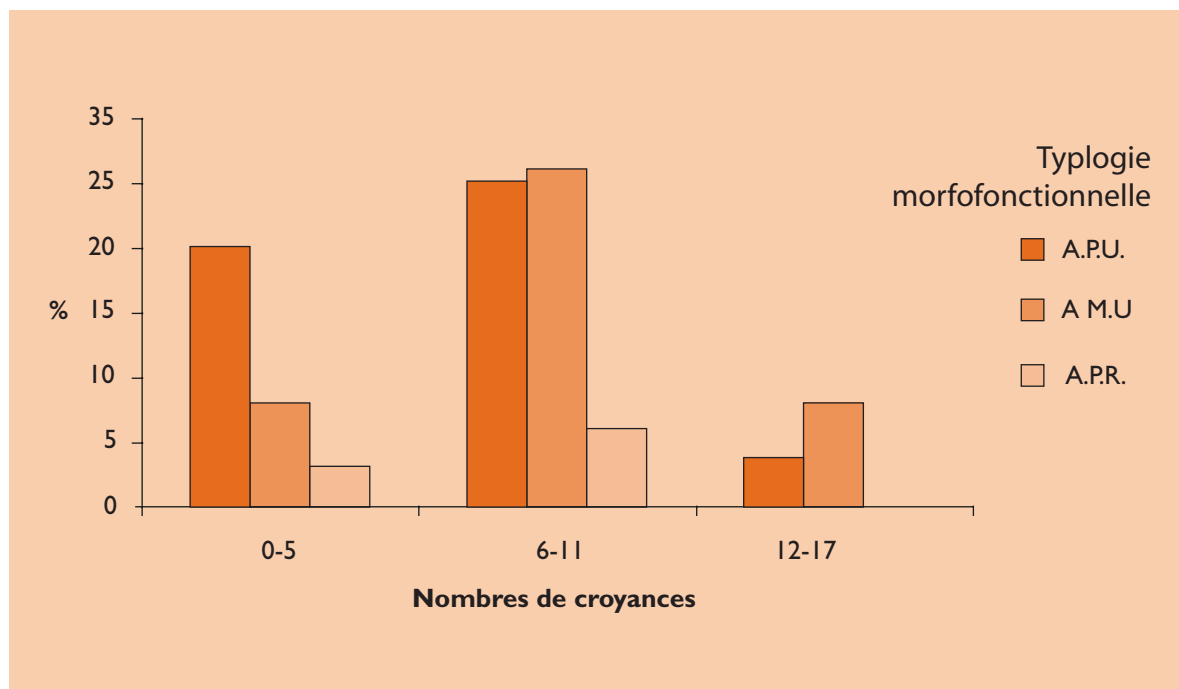
Néanmoins, la grossesse associée à la naissance et à la maternité, part, parfois, d'un imaginaire imprégné par la peur de la déformation du corps, comme s'il s'agissait d'une maladie. Les femmes qui identifient la grossesse comme une maladie se caractérisent comme légèrement plus «âgées» (moyenne d'âges de 34 ans), habitant aussi dans des Secteurs Moyennement Urbains, mais avec un degré d'instruction suffisamment élevé, et montrant des antécédents obstétricaux avec complications. Comment passer de l'image femme/femme enceinte/mère dans l'imaginaire collectif comparativement à l'image actuelle de femmes enceintes avec un corps svelte, symbole largement utilisé aujourd'hui dans le marketing social ?

En ce qui concerne les femmes pour lesquelles la grossesse représente une situation de bien-être et une satisfaction, nous avons vérifié l'aspect transversal de la globalité de l'échantillon aussi bien à l'égard du nombre de grossesses, qu'à l'égard du niveau d'instruction ou du secteur de résidence.

Ces représentations ne peuvent pas être vues en dehors du contexte existentiel de chaque femme. Nous pouvons témoigner que la grossesse et la volonté d'être mère ont une signification de plus en plus importante pour un nombre non négligeable de femmes. De plus en plus, la grossesse est vécue comme un projet de vie ou comme un moyen de symboliser le mariage.

Ce serait dans les communes les plus rurales que les croyances et traditions sont les plus présentes et les plus enracinées. Nous avons effectué cette analyse par commune de résidence à partir de la typologie présentée par l'Institut National des Statistiques et par la Direction Générale de l'Aménagement du Territoire et du Développement Urbain (D.G.O.T.D.U.), comme le montre la Figure 2, groupant le nombre de croyances par classes en fonction de la catégorisation «morfo-fonctionnelle».

Figure 2
Nombre de croyances identifiées selon une catégorisation morfofonctionnelle



Source : Entrevues réalisées entre février et mars 2003.

MYTHES ET CROYANCES PENDANT LA GROSSESSE DANS LA RÉGION NORD-OUEST DU PORTUGAL ET SES IMPLICATIONS DANS LA SANTÉ DES FEMMES

Nous n'avons enregistré aucune relation entre les différentes connaissances sur les mythes et croyances et la terminologie Aire Majoritairement Urbaine (A.P.U.), Aire Moyennement Urbaine (A.M.U.) et Aire Majoritairement Rurale (A.P.R.)¹.

Néanmoins, une brève analyse relative à la relation entre le nombre de croyances mises en évidence par les femmes enceintes et le secteur de résidence montre les conclusions suivantes :

Le nombre moyen de croyances se chiffre à 7,5 ;

Si nous déterminons le nombre moyen de croyances par typologie de résidence, nous pouvons montrer que :

- Les femmes résidant dans les A.P.U. connaissent une moyenne de 6,7 croyances ;
- La même analyse à l'égard des femmes résidant dans les A.P.R. met en évidence une moyenne de 7,2 croyances ;
- Concernant les femmes résidant dans les A.M.U., la moyenne est de 8,6 croyances.

Ce fait démontre, contrairement à ce que nous avons initialement estimé, que la connaissance des croyances est plus prédominante dans les Aires Moyennement Rurales (A.P.R.). De cette analyse, ressort que se sont dans les aires se trouvant en mutation de la zone rurale vers l'urbaine, ici dénommés par Aires Moyennement Urbaines (A.M.U.), que le phénomène «mythes et croyances» s'exprime dans sa forme la plus intense.

Néanmoins, en raison de la mobilité croissante des populations qui s'est enregistrée au cours de la seconde moitié du siècle passé, il ressort que beaucoup de femmes enceintes sont influencées par des habitudes et des traditions qui n'appartiennent pas exclusivement à leur secteur de résidence, mais qui viennent essentiellement d'autres régions où elles ont vécu la plus grande partie de leur existence. Nous avons procédé à l'essai «Qui-Carré» afin d'évaluer l'existence ou non, d'une association ou d'une dépendance entre la variable *résidence la plus grande partie de leur existence* et la variable *connaissance de croyances*.

Néanmoins, en fonction des résultats obtenus, il n'a pas été possible de conclure sur une importance du seuil de signification, parce que nous avons obtenu pour la plupart des cellules une valeur de $n < 5$.

En fonction des variables socio-économiques, nous avons démontré jusqu'à quel point les mythes et les croyances développées par les femmes dépendent de leur niveau d'instruction. Ainsi, nous avons décidé de croiser la variable *niveau d'instruction* avec la variable *nombre de croyances* (Figure 3) pour déceler une relation de dépendance. Le test du «Qui-Carré» dont le résultat se chiffre à 18,02 pour 10gl ; $p = 0,05$, nous permet de montrer une légère relation de dépendance statistique entre ces deux variables. Cela signifie que, plus bas est le niveau d'instruction et, plus élevé est la propension à l'influence des mythes et des croyances.

De cette façon, l'hypothèse, initialement prise en compte montrant que les mythes et les croyances pourraient se développer, de manière plus intenses, chez les femmes, avec un moindre niveau d'instruction, se vérifie, quoique de façon peu soutenue.

L'adoption des différents types de comportements, en fonction des connaissances acquises, s'est manifestée clairement dans l'opinion de ces femmes. Ainsi, nous avons vérifié que les femmes enceintes qui connaissent les croyances finissent par adopter des comportements conformément au contenu de ces croyances ou des mythes. Il ressort que 82 % des femmes ont modifié leurs comportements pendant la grossesse en fonction de certains mythes ou croyances dont elles avaient connaissance. Voici quelques histoires :

Je n'ai pas senti les fleurs parce que ma cousine en avait senti et qu'ensuite son fils est né avec une fleur sur la jambe (femme de 26 ans, dont c'était la deuxième grossesse, avec six années de scolarité et résidant dans Póvoa de Lanhoso).

J'évitais de penser à tout ce qui pouvait nuire au bébé, pour ne pas me sentir coupable si quelque chose arrivait. Mieux vaut prévenir que guérir (femme de 22 ans, dont c'était la première grossesse, avec neuf ans de scolarité et résidant dans Póvoa de Lanhoso).

1. Les Aires Majoritairement Urbaines (A.P.U.) intègrent les situations suivantes :

- Communes urbaines ;
- Communes semi-urbaines contiguës aux communes urbaines incluses dans le secteur urbain, selon des orientations et des critères de fonctionnalité/planification ;
- Communes semi-urbaines constituées de secteurs majoritairement urbains selon des orientations et des critères de fonctionnalité/planification ;
- Communes avec une population résidante supérieure à 5.000 habitants.

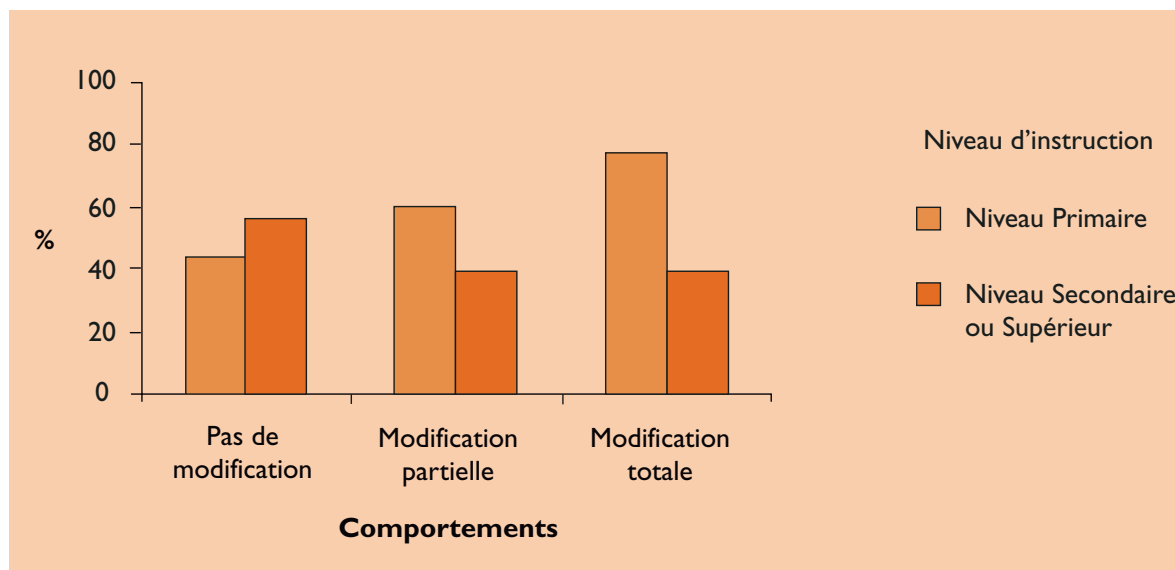
Les Aires Moyennement Urbaines (A.M.U.) englobent :

- Communes semi-urbaines non incluses dans les aires majoritairement urbaines ;
- Communes non incluses dans le secteur majoritairement urbain ;

Les Aires Majoritairement Rurales (A.P.R.) comprennent tous les autres cas.



Figure 3
Modification des comportements versus niveau d'instruction



Source : Entrevues réalisées entre février et mars 2003.

Cependant, et comme nous avons déjà eu l'occasion de le rapporter, nous n'avons pas enregistré une relation de dépendance entre la connaissance des différents mythes et croyances et le secteur respectif de résidence de la femme, c'est à dire A.P.U., A.M.U. et A.P.R. De même, la modification des comportements pendant la grossesse ne dépend pas du secteur de résidence.

Les représentations relatives à la grossesse et à la maternité sont chargées de significations diverses et coopèrent à la construction de symboles presque toujours associés au bien et au mal. Construite dans un amalgame d'expériences imaginées, cette symbolique donne un sens à la grossesse, à la naissance et à la maternité. Tout au long des neuf mois de grossesse, **la réalité du bébé suppose des contours irréversibles et importants pour la mère et pour la famille.** Toutefois, la technologie moderne qui permet d'avoir la possibilité, à travers l'échographie, de connaître le sexe, la dimension et le poids de l'enfant, n'est pas suffisante pour que la femme enceinte cesse de croire à d'autres méthodes plus populaires avec comme objectif, de prévoir et confirmer l'image créée dans son subconscient.

Jusqu'aux années soixante-dix, au Portugal, il était très habituel d'accoucher au domicile, et c'est ainsi que nombre de pratiques et croyances liées au processus de grossesse et de naissance persistaient, favorisées par le milieu majoritairement agricole, et où les niveaux socio-économiques et d'instructions étaient très limités. Il existait ainsi une relation très forte

entre les femmes enceintes et celles détenant «les savoirs» relatifs à ces phénomènes. Ces faits les confrontent avec les magies et superstitions dérivées des différents rites.

Tout au long de cette enquête, nous avons essayé de vérifier que les facteurs socio-économiques, familiaux, régionaux, biologiques et religieux pouvaient jouer un rôle prépondérant dans la connaissance des savoirs sociaux essentiels, susceptibles de prendre une partie importante dans la modification de comportements pendant la grossesse. Malgré le fait que la majorité des femmes interviewées aient eu une surveillance prénatale appropriée (75 % ont eu une surveillance prénatale jusqu'au premier trimestre et 73 % ont eu entre 6 et 10 consultations), elles ont démontré une grande désinformation à l'égard des soins prénataux, révélant ainsi avoir été encore influencées par des mythes et des croyances.

La constatation de l'hypothèse centrale, initialement formulée à savoir *si les mythes et si les croyances interviennent ou non, dans le comportement de la femme pendant la période de grossesse*, constituait l'objectif principal de l'étude. Les résultats obtenus en fonction des réponses émises par les femmes, et dûment présentées tout au long de cet article nous permettent de conclure que cette hypothèse se vérifie, avec comme fondement statistique, que les femmes, pendant la période de grossesse, adoptent des comportements conditionnés par la connaissance des mythes ou des croyances associée à la gestation.

MYTHES ET CROYANCES PENDANT LA GROSSESSE DANS LA RÉGION NORD-OUEST DU PORTUGAL ET SES IMPLICATIONS DANS LA SANTÉ DES FEMMES

Outre cette confirmation, nous avons pu encore obtenir un autre type d'information qui nous semblait importante. Nous avons vérifié que l'acquisition des connaissances que possède la femme enceinte, soit concernant la grossesse, soit concernant les mythes et les croyances, commence depuis l'âge le plus tendre. Celles-ci se font à travers l'observation de leur propre mère ou d'autres femmes enceintes, par les images et les conceptions que les *médias* transmettent à propos du corps féminin et la relation avec l'embryon, ou encore par les conversations qu'elles vont avoir avec leur mère, avec leur belle-mère ou autres parents et amis.

Concrètement, la situation dans laquelle se produit la grossesse (grossesse planifiée, ou non, complication de grossesses antérieures, l'âge de la mère) peut influencer l'adoption de comportements. Néanmoins, dans l'échantillon étudié, cela ne s'est pas vérifié. Il n'a pas été possible de déterminer un lien de causalité entre les comportements adoptés par la femme enceinte et l'existence de complications pendant la grossesse, ainsi qu'entre le nombre de grossesses précédentes et le fait que la femme soit d'un âge plus avancé quand elle est enceinte.

Les résultats produits démontrent que seulement 18 % des femmes enceintes n'ont pas été influencées par un quelconque type de croyances. Ce pourcentage est inférieur à celui trouvé par Couto (1994), après avoir évalué des femmes de la Région Centre du Portugal. Il est intéressant de montrer que, dans les premiers sondages de l'enquête, quelques femmes ont affirmé ne pas croire dans le contenu des croyances mais, en approfondissant l'entretien, elles ont rapporté avoir eu des comportements associés à ces mêmes croyances (ex : ne pas aller au cimetière lors de la Toussaint, éviter de sentir les fleurs, ne pas préparer le lit du bébé avant d'aller à l'hôpital). La peur que le contenu des croyances a produit dans l'esprit des femmes enceintes a abouti à ce que ces femmes ont vécu leur grossesse avec anxiété et ont adopté des comportements associés à des mythes, ou à

des croyances, avec toujours comme objectif, de se protéger mais, principalement, de protéger leur enfant. Ces peurs et anxiétés se révèlent, par exemple, à travers l'occultation de la grossesse, de la formulation d'attentes au sujet du sexe de l'enfant, ou de l'adoption d'interdictions et, ou de prescriptions spécifiques.

Influence de la religion dans l'enracinement des croyances et des traditions

Avec la présente enquête, nous avons réussi à évaluer l'importance attribuée à la religion, la fréquence des services religieux et au sens que celle-ci suppose dans le comportement des femmes. Les résultats que nous avons réunis permettent d'identifier une forte relation de dépendance entre la variable fréquence des services religieux et l'adoption de la part de la femme enceinte, de comportements associés à des mythes et des croyances (Tableau 2).


Ces résultats démontrent, que la composante religieuse ne se révèle pas importante pour la connaissance des croyances, mais est fondamentale pour l'adoption par la femme enceinte de comportements associés à ces mythes et croyances. Les invocations à Notre Dame et aux Saints les plus divers permettent que la grossesse se déroule bien et que le bébé puisse naître sans malformation, mais également, l'atténuation de la souffrance pendant l'accouchement.

Cette conclusion va à la rencontre de ce qui a été démontré par Barbault (1990), quand il indique que dans toutes les religions du monde, sont vénérées les plus diverses divinités par les femmes enceintes et les sage-femmes afin que leur soit accordé la grâce d'un accouchement heureux et sans douleur. Il décrit encore que Sainte-Marguerite a été la grande patronne des sage-femmes, l'espoir des femmes enceintes et l'assistantes des sage-femmes, pour leur accorder la grâce, au moment de l'accouchement, afin d'être plus calmes et réconfortées.

Tableau 2
Fréquentation religieuse versus nombre de croyances

Fréquentation religieuse	Nombre de croyances					
	0-8		9-17		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tous les jours/une fois par semaine	35	35,0	30	30,0	65	65,0
Une fois par mois/occasions spéciales/jamais	26	26,0	9	9,0	35	35,0
Total	61	61,0	39	39,0	100	100,0

Source : Entrevues réalisées entre février et mars 2003.



En suivant la même perspective, Leandro (2001), mentionné par Carvalho (2002), fait ressortir que les religions, certaines plus que d'autres, offrent un sens pour la santé et pour la maladie et, dans le cas de la religion catholique, il existe même un certain nombre de Saints miraculeux et/ou, protecteurs concernant telle ou telle maladie, ou encore à des forces transcendantes de caractère plus général, tel est le cas de Notre Dame.

CONCLUSION

L'existence d'une culture, qui respecte et assume les savoirs transmis par les parents, est indubitable dans la région objet de notre étude. Cette recherche a démontré que, même de nos jours, les savoirs sont diffusés essentiellement verbalement. À partir des savoirs acquis par l'expérience (expériences de grossesses précédentes, grossesses d'autres parents), se nourrit tout un ensemble de savoir-faire qui forment les modes de vie. Les interdictions et les prescriptions qui se développent au rythme de la grossesse, de l'accouchement et de la puériculture, sont absorbées à partir de représentations symboliques. C'est ainsi que vont s'élaborer des croyances qui représentent les marques de la vie et qui seront indispensables à la survie de la personne et du groupe lui-même, mais qui seront perçues comme un obstacle si elles sont considérées comme dominantes, seules et vraies.

Nous avons affleuré dans cette recherche, quelques aspects importants selon lesquels les croyances et les mythes peuvent constituer, pour les femmes étudiées, un moyen de sécurité, une base de protection, de conservation ou de tradition qu'il est nécessaire de maintenir. En assurant la continuité de vie du groupe, ces pratiques déterminent les expériences de la grossesse d'une forme dynamique. Comme l'indique Collière (1989), l'évolution des pratiques et des savoirs est inséparable de l'interaction des fonctions pour garantir la continuité de la vie et faire reculer la mort.

Malgré l'enracinement de ces croyances, qui dans la majorité des cas n'ont pas de fondement scientifique, il est important de rappeler qu'elles n'ont pas un impact négatif sur la santé de la future mère et de l'embryon. Néanmoins, il faut alerter le Ministère de la Santé et les professionnels de la santé du Nord-Ouest du Portugal pour signaler que ces croyances sont vivantes et qu'il faut les prendre en considération dans la pratique clinique quotidienne. Cette position est fondamentale pour que soient éteintes les peurs et les craintes existant pendant une période aussi complexe que la période de gestation.

BIBLIOGRAPHIE

Amaro das Neves A., 1994, Vir à luz - Práticas e Crenças associadas ao nascimento, Revista de Guimarães, 104, 53-81.

Barbaut J., 1990, O nascimento através dos tempos e dos povos, Lisboa, Terramar.

Barreto A. et al., 2000, A situação Social em Portugal, 1960-1999, Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.

Braga T., 1986, O povo Português nos seus costumes, crenças e tradições, vol. II, Lisboa, Publicações D. Quixote.

Collière M.F., 1989, Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Canteiro E.E., 2003, *Evolução da mortalidade infantil e práticas associadas ao primeiro ano de vida – um estudo no território de Vizela*, Guimarães, Dissertation de Maîtrise en Histoire des Populations, Universidade do Minho.

Charvet-Ritchter M-O. ; Mohr S. et al., 1984, *La sexualité féminine, grossesse et accouchement*, Nouvelle Encyclopédie de la Médecine, Paris, Éditions Christophe Colomb.

Couto A.J., 1994, *Crenças e representações da gravidez na Educação para a Saúde*, Lisboa, Dissertation de Maîtrise, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (polycopiée), 152 p..

Cuisenier J., 1995, *La tradition populaire*, Paris, Presses Universitaires de France.

Douglas M., 1981, *De la souillure : Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, FM/Fondations.

Gouzilh N., 1994, Rites et représentations autour des douleurs de l'accouchement : le mal joli, *Revue Soins gynécologie, Obstétrique, Puériculture, Pédiatrie*, 151/52, Décembre/Janvier, 39-48.

Instituto Nacional de Estatística, 2001, *Estatísticas demográficas*, Lisboa.

MYTHES ET CROYANCES PENDANT LA GROSSESSE DANS LA REGION NORD-OUEST DU PORTUGAL ET SES IMPLICATIONS DANS LA SANTÉ DES FEMMES

Instituto Nacional de Estatística, 2001, *Censos 2001*, Lisboa.

Kitzinger S., 1978, *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*, Lisboa, Editorial Presença.

Leandro M.E., 2001, *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.

Le Breton D., 1988, *Corps et Sociétés : essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Méridiens-Klincksieck.

Martins M.F.V., 2003, *Mitos e Crenças na gravidez- Sabedoria e segredos tradicionais das*

mulheres de seis concelhos do distrito de Braga, Dissertation de Maîtrise en Sociologie de la Santé, Braga (polycopiée), 340 p.

Remoaldo P.C. ; Costa M.S., 1994, A mulher grávida e a sociedade : para uma sociologia da gravidez, in Mendes, M.L., *Livro de Obstética*, Coimbra, Livraria Almedina, 27-41.

Remoaldo P.C., 1998, *A morbilidade e a mortalidade infantil em territórios amostra do distrito de Braga - Desigualdades territoriais e sociais*, Dissertation de Doctorat, Braga (polycopiée), 696 p..

Ribeiro M., 1990, *Temas de Etnologia - Maternidade*, Coimbra, Livros Horizonte.

