

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**TRAITEMENTS DIFFERENTIELS DANS LA PRISE EN
CHARGE DE LA DOULEUR DES PATIENTES RACISEES EN
SALLE DE NAISSANCE PAR LES SAGES-FEMMES**

Poitiers (Nouvelle-Aquitaine) et Saint-Laurent du Maroni (Guyane)

Mémoire soutenu le 12 juin 2023

Par Mme CHAÏR Loubna

Née le 31 octobre 1995

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2023

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame DEPARIS, sage-femme

Membres : Madame RAMBAUD, sage-femme, Madame GUINOT, sage-femme enseignante

Directeur de mémoire : Madame SAUVEGRAIN, Maîtresse de conférences en maïeutique, et docteur en sociologie, Sorbonne Université et INSERM U1153

Tutrice de mémoire : Mme PAPAIN, sage-femme enseignante



UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**TRAITEMENTS DIFFERENTIELS DANS LA PRISE EN
CHARGE DE LA DOULEUR DES PATIENTES RACISEES EN
SALLE DE NAISSANCE PAR LES SAGES-FEMMES**

Poitiers (Nouvelle-Aquitaine) et Saint-Laurent du Maroni (Guyane)

Mémoire soutenu le 12 juin 2023

Par Mme CHAÏR Loubna

Née le 31 octobre 1995

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2023

Président : Madame DEPARIS, sage-femme

Membres : Madame RAMBAUD, sage-femme, Madame GUINOT, sage-femme enseignante

Directeur de mémoire : Madame SAUVEGRAIN, Maîtresse de conférences en maïeutique, et docteur en sociologie, Sorbonne Université et INSERM U1153

Tutrice de mémoire : Mme PAPAIN, sage-femme enseignante

Remerciements

Un grand merci à Priscille, pour son travail passionnant sur une thématique qui m'est chère, et pour son accompagnement très riche dans la rédaction de ce mémoire,

Merci à Sonia, ma tutrice de mémoire mais aussi une fantastique enseignante de l'école de sage-femme de Poitiers, pour le soutien et l'aide apportés dans la mise en place de ce travail,

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Poitiers, à Sylvie, à Ophélie et une attention toute particulière à Christine, qui a su me donner le goût à l'obstétrique dès ma première seconde à l'école de sage-femme,

Merci à mes parents, Pascale et Abdelhaq, mes frères et sœurs, Bilal et Orane, pour n'avoir jamais douté de moi un seul instant malgré un parcours universitaire à rallonge,

Merci à mon amoureux Clément, au bonheur que tu mets dans ma vie et au soutien inconditionnel que tu m'offres,

Merci à mes miss en or, Eva, Marie et Hélaïra, qui ont rendu ces études de sage-femme pleines d'émotions, de joie, de rire, de pleurs, de partage, et d'amour,

Merci à mes ami.es de Poitiers, la team Ribault notamment Zoé qui me suit depuis le début, Louis, qui m'avaient fait kiffer cette ville au point d'y rester,

Merci à mes supers amies de Bretagne, Cécile, Lénie et Laetitia, de m'avoir accompagnée dans mon projet de passerelle vers sage-femme dès les premiers instants, (ça y est, j'y suis !),

Enfin, merci à toutes les sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude, sans vous, ce mémoire n'aurait sans doute jamais vu le jour.

Avant-propos

Sur neuf des entretiens, un seul des sages-femmes interrogées est un homme. De plus, en 2021, moins de 3% des sages-femmes sont des hommes. J'ai donc fait le choix de parler des sages-femmes interrogées exclusivement au féminin. Pour le reste du mémoire, j'ai pris le parti de rédiger en écriture inclusive

Sommaire

INTRODUCTION	11
MÉTHODOLOGIE.....	15
1. Objectifs	15
2. Schéma d'étude.....	15
3. Population étudiée.....	15
4. Recueil des données.....	15
5. Analyse des données.....	15
6. Aspects éthiques et réglementaires.....	16
RESULTATS	17
1. Catégorisation des patientes par les soignants.....	17
2. Différence dans l'expression de la douleur des patientes racisées	18
3. Arguments en faveur des difficultés exprimées par les sages-femmes face aux différences d'expression de la douleur	21
a. Barrière de la langue	21
b. Confiance en la médecine occidentale	22
c. Moins d'ouverture et d'écoute aux conseils de la part des patientes.....	24
d. Représentation de l'accouchement et de la douleur.....	25
e. Accompagnant en salle de naissance.....	27
f. Similitude avec les patientes blanches.....	28
g. Autres moyens d'analgésie utilisés	29
h. Différence au sein d'une même ethnie.....	30
4. Conséquences des différences observées sur les prises en charge proposées	30
a. Prise en charge retardée	31
b. Moins d'attention donnée dans le soin/négligence dans le soin.....	31
c. Perception par des soignantes racisées	33
d. Question du racisme dans le soin	33
e. Adaptation et solutions face aux différences culturelles.....	34
DISCUSSION	37
1. Résultats principaux	37
2. Force de l'étude	37
3. Limites de l'étude	38
4. Discussion des résultats	38
5. Ouverture des recherches futures et perspectives.....	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES.....	53

INTRODUCTION

La douleur est définie, selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) par une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant, à celle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle [1]. La subjectivité occupe une place majeure dans le phénomène de douleur. La douleur « ne se prouve pas, elle s'éprouve » [2]. Alexandre Klein ajoute qu'elle est une « expérience vécue toujours unique [...], affection du sujet pour le sujet » [3]. En effet, la douleur est une réaction neuropsychologique pluridimensionnelle. Elle s'appuie sur différentes composantes [4] :

- Composante sensori-discriminative qui informe l'individu de l'intensité, l'étendue, la localisation, la durée et la qualité du stimulus
- Composante affective qui confère à la douleur sa tonalité désagréable voire insupportable
- Composante cognitive qui met en jeu l'expérience par rapport à la douleur de chaque individu
- Composante comportementale qui regroupe l'ensemble des manifestations verbales et nonverbales observables

De ce fait, l'expression de la douleur reste également quelque chose d'unique, de personnel, et de subjectif. Elle s'appuie entre autres sur le vécu, la sensibilité, la culture, ou encore la religion avec différentes représentations de la douleur [5]. De plus, la dimension subjective de la douleur est également à prendre en considération sur le plan de la position du/de la soignant.e [3]. Ainsi, l'évaluation de la douleur nécessite des outils rétablissant une certaine objectivité afin de proposer une thérapeutique adaptée. L'auto-évaluation est la principale méthode : le/la patient.e situe sa propre douleur sur une échelle. D'autres échelles d'évaluation de la douleur existent [6], l'échelle numérique étant la plus couramment utilisée.

La douleur est un point crucial et indissociable du travail et de l'accouchement. Elle a été décrite comme l'une des plus intenses qui puisse être expérimentée au cours de la vie d'une femme [7]. Depuis plusieurs décennies, l'anesthésie péridurale est la méthode médicamenteuse de référence pour soulager la douleur du travail et de l'accouchement. En 2016, elle est utilisée pour plus de 82% des accouchements en France Métropolitaine contre 46% dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) [8]. Les alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses à l'analgésie péridurale sont nombreuses mais

n'ont pas fait la preuve d'une même efficacité.

Le vécu de cette douleur, notamment lorsqu'elle est mal accompagnée, peut être pour certaines femmes, traumatisant [9]. A l'inverse, lorsque la douleur est bien accompagnée, elle contribue à une bonne image et estime de la femme par elle-même. On retrouve notamment ce genre de situations dans la gestion du travail et de l'accouchement.

Certaines attitudes inadaptées et soins inappropriés peuvent être la conséquence d'une discrimination de la patiente par le/la professionnel.le.s de santé. La discrimination est l'action de traiter différemment un individu en fonction de son origine, son orientation sexuelle, sa religion etc... Nous nous concentrerons ici sur la discrimination raciale dans le soin, souvent une conséquence du racisme.

Le racisme part du postulat qu'il existe des races humaines bien distinctes et hiérarchisées. Aujourd'hui, le concept de race dans l'espèce humaine est scientifiquement erroné et n'est donc plus pertinent [10]. Cependant, le racisme, lui, existe à la fois de manière idéologique en hiérarchisant et identifiant les individus par des critères linguistiques, culturels ou encore de couleur de peau, et à la fois comme système social en produisant discriminations et inégalités entre différents groupes [11]. C'est en ce point que la notion de « racisation » est apparue en France dans les années 70 [12]. La racisation se définit comme l'expérience de la discrimination vécue par une population dite « racisée » face à une population dite « racisante » (s'auto-considérant comme une norme neutre). Ainsi, les personnes sont dites racisées, non pas sur une supposée appartenance ethnique commune, mais sur leur appartenance à un groupe social subissant le racisme [12]. « Le terme "racisé" ne fait pas référence à la réalité biologique de la race mais à sa réalité sociale. Il permet d'illustrer le processus de division sociale qui découle du racisme » [13]. Le racisme s'applique à beaucoup de domaines et notamment au domaine de la santé. Le « syndrome méditerranéen » l'illustre parfaitement : il s'agit d'un stéréotype raciste considérant que les personnes racisées comme « Méditerranéennes » exagèrent leurs symptômes, en particulier la douleur [14].

Dans les services de maternité, les femmes noires sont souvent catégorisées comme « Africaines » peu importe leurs origines, qu'elles soient d'Afrique subsaharienne ou des DROM [15]. De ce fait, on leur attribue des spécificités supposées communes, ayant pour conséquences des traitements différentiels. Le traitement différentiel peut être défini comme un accès différencié aux soins avec un abaissement ou une hausse des normes de prise en charge [16]. Les traitements différentiels pour les femmes racisées ont déjà été montrés dans

différentes études, notamment dans le cadre de la maternité. En effet, il a par exemple été montré qu'en France, dans les années 80, les patientes « Africaines » présentaient un taux plus important de césariennes (23% versus 13% pour la population générale) sous prétexte d'un bassin plus petit [17] alors que ce taux était très bas dans la plupart des pays africains. Une étude rétrospective dans deux maternités parisiennes a comparé le taux de césariennes d'un groupe de femmes nées en Afrique à une groupe de femmes nées en France après un protocole pour diminuer les césariennes systématiques en cas de bassin trop petit chez ces premières. Elle a montré que le taux de césariennes pour les parturientes « Africaines » a pu être abaissé à 13% [18]. Cependant l'enquête nationale périnatale de 2016 montre que ce taux n'a pas diminué sur le long terme (28,5% versus 18,5% pour la population générale) [19]. A l'inverse, ces spécificités culturelles communes peuvent aussi faire surgir une valorisation excessive dans leur maternité (soins au bébé, allaitement etc...) et peuvent ainsi les cantonner dans un rôle de « Mère Africaine » possédant des qualités présumées « naturelles » nécessitant ainsi un accompagnement moindre dans les services de suites de couches [15].

Certains témoignages de patientes font part de traitements différentiels qu'elles peuvent être amenées à subir. Cependant, généralement ces témoignages viennent de patientes racisées et françaises, c'est-à-dire identifiées comme étrangères alors que nées en France, et moins de patientes immigrées (nées étrangères à l'étranger). Cela peut s'expliquer par le fait que ces dernières considèrent être bien prises en charge en France en comparaison à leur pays d'origine [15]. Nous avons choisi pour cette étude de mener cette recherche auprès des professionnel.le.s de santé, et notamment de sages-femmes, exerçant en salle de naissance en abordant le sujet de la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement. De plus, ce mémoire a également pour but d'étudier cette question en France Métropolitaine mais également en Guyane, où la majorité des patientes sont noires.

MÉTHODOLOGIE

1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'explorer l'hypothèse de traitements différentiels dans la prise en charge de la douleur chez les femmes racisées en salle de naissance par les sages-femmes en Nouvelle-Aquitaine et en Guyane.

2. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs. Le but de cette méthode n'est pas de généraliser les résultats à la population générale mais de comprendre en profondeur le positionnement des participantes. Neuf entretiens ont été réalisés, retranscrits puis analysés. Une saturation de la plupart des thèmes explorés a été atteinte.

3. Population étudiée

Les sages-femmes ont été sollicitées en Nouvelle-Aquitaine et en Guyane en salle de naissance ; elles avaient déjà travaillé avec des femmes étrangères ou identifiées comme telles (racisées). Elles ont été recrutées lors de période de stage. Cinq sages-femmes en Nouvelle-Aquitaine et quatre sages-femmes en Guyane ont été interrogées.

4. Recueil des données

Des entretiens semi-directifs auprès de neuf soignantes ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien. Ils ont été conduits entre mars 2022 et octobre 2022, pour 4 d'entre eux en visioconférence.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés puis une retranscription mot à mot a été réalisée. En parallèle, le langage non verbal a été décrit (intonation de la voix, hésitations et termes employés). L'analyse s'est déroulée en deux temps :

Une analyse descriptive de la population étudiée et de leurs prises en charge de la douleur.

Une analyse thématique consistant à dégager les principales thématiques abordées dans les entretiens, que celles-ci aient été interrogées ou non par le guide d'entretien.

6. Aspects éthiques et réglementaires

Les données collectées ont été traitées selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la loi « Informatique et Libertés ». L'identité des participantes a été gardée anonyme pour la réalisation de cette étude. Seuls les sujets désirants participer à l'étude ont été interrogés après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur : l'identité du responsable du traitement des données, l'objectif de la collecte d'informations, le caractère non obligatoire de la participation à l'étude et les destinataires des informations.

Après consentement explicite de la personne interrogée, les réponses aux questions ont été enregistrées, à l'aide d'un smartphone sécurisé par un code d'accès. Les enregistrements ont ensuite été transférés sur l'ordinateur de la chercheuse, sécurisés par un code d'accès, et effacés du smartphone. Les retranscriptions seront détruites à l'issue de la publication de l'étude.

RESULTATS

1. Catégorisation des patientes par les soignants

En Nouvelle Aquitaine, nous retrouvons principalement deux appellations pour les femmes ayant immigré en France : « Africaines » pour celles nées en Afrique subsaharienne et « Maghrébines » ou « Méditerranéennes » pour les femmes nées en Afrique du Nord.

« Alors, je pense que, oui, je peux utiliser ce terme « Africaines ». Et je pense que je parlerai beaucoup, dans ma tête, les patientes Africaines, c'est les patientes d'Afrique un peu centrale. Les patientes d'Afrique du Nord, je vais utiliser peut-être le terme « Méditerranéennes », plus que le terme « Africaines ». Ou « Maghrébines ». » - Entretien 2, Nouvelle-Aquitaine

D'autres appellations s'appuient sur le pays de naissance de ces patientes (Congolaises, Guinéennes, Mahoraises, Nigériennes, Malgaches) de manière à éviter les généralités, mais dans le reste de l'entretien, c'est principalement les termes « Africaines » et « Maghrébines » qui reviennent. D'après les sages-femmes interrogées, ces appellations désignent surtout les patientes issues de l'immigration, et moins leurs filles. Le terme « Africaines » réapparaît notamment pour désigner les patientes noires mais également pour les patientes avec lesquelles les sages-femmes ont des difficultés de communication ou des différences culturelles.

« Après, il y en a qui ont intégré la culture française et d'autres non. Si on dit « c'est une dame Africaine », c'est souvent qu'on a des difficultés de communication avec elles, parce que souvent les dames Africaines qui sont pas là depuis longtemps, elles paraissent méfiantes envers nous, elles communiquent pas, parfois elles comprennent, mais elles font pas trop d'efforts pour communiquer avec nous, parce que je crois que c'est pas leur culture, ça dépend des patientes » - Entretien 5, Nouvelle-Aquitaine

On retrouve aussi la notion de couleur de peau avec l'appellation « black » qui désigne toutes les femmes noires, peu importe leurs origines.

« Je vais pas dire c'est une Guinéenne, je vais dire elle est black. Je fais pas du tout de différences sur le peuple africain en tout cas pas du tout. Mais effectivement peut être que ça se dit "elle est Africaine" non je vais plutôt dire une patiente black qui n'est pour moi absolument pas péjoratif » - Entretien 3, Nouvelle-Aquitaine

En Guyane, beaucoup de groupes ethniques différents sont cités dans les entretiens, et décrits selon certaines particularités : les Métropolitaines (femmes venant de Métropole comme les fonctionnaires ou le personnel soignant), les Bushinenguées (aussi appelées Noires-marrons, population descendante d'esclaves africains du Suriname ou de la Guyane ayant fui l'esclavagisme, phénomène communément appelé « marronage »), les Hmong (femmes du Laos et leurs descendantes, réfugiées en Guyane dans les années 70 pour y développer l'agriculture), les Haïtiennes, les Créoles (descendantes d'esclaves qui n'ont pas marronné, avec plus de métissage avec les colons blancs), Brésiliennes, Amérindiennes, Dominicaines. Dans l'Ouest guyanais, les patientes Bushinenguées sont décrites comme majoritaires. Plusieurs ethnies ont été citées : les « Djuka », les « Aluku », les « Saamaka », les « Pamaka », les « Kwinti » et les « Matawai ».

« On rencontre toutes les origines géographiques, après oui effectivement, 80% des patientes qui accouchent chez nous c'est les Bushinenguées, en tous cas dans l'Ouest Guyanais. C'est pas forcément vrai dans les autres parties de la Guyane. Parce qu'on est à la frontière avec le Suriname en fait. » - Entretien 9, Guyane

2. Différence dans l'expression de la douleur des patientes racisées

Les patientes identifiées comme Africaines sont décrites comme exprimant moins ouvertement leur douleur, ou du moins différemment. Elles peuvent l'exprimer par des prières, des « clapotis ». Avec l'expérience, certains soignants expliquent savoir reconnaître ces signes. L'expression moindre de la douleur est observée comme étant spécifique à l'accouchement, une patiente Africaine ne s'exprime pas forcément moins sur la douleur d'une pause de perfusion.

« Alors peut-être, ou alors, une gestion de la douleur en fonction de l'acte qui est fait. Je reviens par exemple sur la patiente d'origine africaine, l'accouchement, elle va très peu s'exprimer mais par exemple une pose de perf, souvent c'est des patientes qui sont un peu plus expressives. Alors que je pense, alors j'en sais rien, mais comparer la douleur d'une perf et d'un accouchement, c'est pas peut être pas exactement la même. Donc je pense que culturellement, s'il y a une certaine idée autour de l'accouchement ou, alors je sais pas si c'est le « tu enfanteras dans la douleur » ou la douleur est plus acceptée sur certains actes. »

- Entretien 2, Nouvelle-Aquitaine

Souvent, ce n'est pas leur résistance à la douleur qui est mise en question mais vraiment leur expression de la douleur. Elles sont aussi décrites comme moins demandeuses d'aide de la part de la soignante, et plus dans l'auto-gestion par rapport aux patientes Françaises et blanches, dites Caucasiennes.

« Elles sont moins en demande de conseils, de choses comme ça. Elles sont plus à gérer toutes seules, en quand même, verbalisant leur douleur mais elles gèrent plus toutes seules, et sont plus autonomes en termes de position, de choses comme ça. Ou elles gèrent avec leur maman, leur sœur ou leur cousine, en famille. Alors que les dames Caucasiennes, elles sont plus en demande de conseils, de positions, de gestion de la douleur, de demande de péridurale. Parce que les dames Guinéennes demandent moins spontanément la péridurale » - Entretien 5,

Nouvelle-Aquitaine

Les patientes d'origine asiatiques, que ça soit en Métropole ou en Guyane, ont la réputation d'être silencieuses et de beaucoup intérioriser.

« J'ai par exemple une patiente qui était d'origine vietnamienne, en SDN qui a accouché sans péri, je ne l'ai pas entendu crier, dire un mot pour me signifier sa douleur. Je lui ai demandé à la fin « si vous deviez donner une note sur dix pour la douleur liée à votre accouchement, vous donneriez combien ? », elle m'a dit « oh bah 7 ». Ça m'a impressionné ! » - Entretien 4,

Nouvelle-Aquitaine

En Guyane, les patientes Bushinenguées ont globalement la même réputation que les patientes Africaines en France Métropolitaine : très discrètes dans leur expression de la douleur, elles ne crient pas et gardent leur douleur pour elles, actives et gèrent seules. Leur résistance à la douleur n'est pas non plus ici mise en question, il s'agit surtout de l'expression de leur douleur. Cependant, elles sont quand même vues comme des patientes « fortes ».

« Alors que la patiente Bushinenguées va être plus réservée. Mais ça de manière générale hein, elles sont très timides, parfois elles te regardent pas dans les yeux, elles te répondent à peine. Il y a une grande timidité dans cette population-là. Et au niveau de la douleur, on le ressent, elles sont très silencieuses. Mais je pense pas non plus qu'elles aient moins mal qu'une autre. Je pense simplement qu'elles gardent leur douleur pour elles. Elles la partagent pas. » - Entretien 7, Guyane

Le syndrome méditerranéen est une expression utilisée par certaines soignantes interrogées.

Il est défini par ces dernières comme une expression de la douleur « exagérée » ou une « surévaluation de la douleur » par des « patientes venant du pourtour méditerranéen ».

« Pour moi le syndrome méditerranéen, c'est cette expression à la douleur qui, dans certains cas, paraît presque exagérée. Alors après, c'est vrai, c'est une façon de communiquer sa douleur. Mais pour moi c'est ça le syndrome méditerranéen. Une façon d'exprimer sa douleur de façon très expansive chez des patientes d'origine du pourtour méditerranéen. Parce qu'on parlera pas de syndrome méditerranéen sur une patiente allemande par exemple » - Entretien

2, Nouvelle-Aquitaine

Ce sont des patientes décrites comme bruyantes, qui crient et qui sollicitent beaucoup les sages-femmes. Cependant, leur résistance à la douleur n'est pas beaucoup remise en question, c'est une fois de plus une question d'expression et de gestion de la douleur. Ce syndrome est expliqué par une sage-femme, entre autres, comme un moyen d'expression non pas uniquement de la douleur, mais d'un mal-être.

« Je pense que ces patientes là quand on dit ça, soit elles ont véritablement mal mais dans ce cas là on le capte et c'est vraiment un début de travail et que elles s'expriment comme ça. Soit il y a quelque chose derrière et elles ont pas vraiment envie d'en parler, et elles ont pas envie de creuser. Donc même si toi tu poses des questions tu vas pas forcément avoir la réponse. » -

Entretien 3, Nouvelle-Aquitaine

Certaines sages-femmes interrogées remettent en question le syndrome méditerranéen et relèvent aussi le fait que dans la culture française, la tendance est plus à la discrétion vis-à-vis de l'expression de la douleur. Ainsi, lorsqu'une femme s'exprime plus qu'à notre habitude, elle peut mettre mal à l'aise la soignante en face.

« C'est juste qu'il faut apprendre à entendre des dames qui crient parce qu'elles ont le droit de le faire. Et d'être à l'aise avec ça. Et ça, ça s'apprend difficilement... Ça s'apprend difficilement parce que c'est vrai que nous, dans la bonne France qu'on est... en gros t'as pas le droit de trop en dire... on est élevé comme ça en fait, t'as pas le droit de trop crier, pas le droit de trop te plaindre, t'as pas le droit d'être trop heureux, t'as pas le droit d'être dans le trop. Et en fait culturellement y a d'autres pays qui ont le droit de le faire, donc ces patientes faut les laisser faire et les laisser s'exprimer. » - Entretien 3, Nouvelle-Aquitaine

En Guyane, on retrouve les mêmes caractéristiques pour les patientes Haïtiennes. Elles sont

décrites comme beaucoup plus demandeuses, expansives dans leur expression de la douleur. Le terme syndrome méditerranéen est même repris pour parler de ces patientes.

« Là au contraire, elles vont être très démonstratives, et très demandeuses. Dès qu'on vient, elles te tiennent la main, te prendre, te tire la blouse (rires), voilà très représentatif ! Et il y avait, je pense une légende, qui m'avait dit parce qu'en Haïti, il y a pas assez de sages-femmes pour toutes les patientes, du coup c'était à celle qui ferait le plus de bruit, pour avoir l'attention de la sage-femme, qui aurait les bons soins » - Entretien 6, Guyane

3. Arguments en faveur des difficultés exprimées par les sages-femmes face aux différences d'expression de la douleur

a. Barrière de la langue

Une des principales difficultés évoquées par les soignantes pour la prise en charge de la douleur de certaines patientes est la barrière de la langue et donc les difficultés de communication.

« Quand tu peux pas t'exprimer avec les mots et que tu comprends pas forcément la douleur de la patiente c'est plutôt complexe, alors des fois elles vont pas te répondre. Mais tu vas dire "bin.. Faut que tu me dises..." - parce que moi j'ai tendance à les tutoyer parce que c'est comme ça que ça se passe là-bas. - "faut que tu me dises ce que tu ressens parce que moi je peux pas comprendre en fait". T'sais des fois elles vont être fermées, alors est-ce que c'est parce qu'il y a un soucis avec leur conjoint parce qu'il est là ? Tu peux te poser dix mille questions. » - Entretien 3, Nouvelle-Aquitaine

Certaines communiquent via des gestes ou encore par des applications de traduction mais elles décrivent être limitées dans les questions et les réponses.

« Alors on a aussi beaucoup recours au google traduction avec, voilà, le haut-parleur et tout ça, mais ça reste des questions fermées en fait. On peut pas leur poser une question ouverte, parce qu'elle seront pas capables de répondre en fait. » - Entretien 1, Nouvelle-Aquitaine

« On s'en sort, mais c'est vrai que du coup, il y a des fois où on voudrait aller plus loin et on est limité par la barrière de la langue. On arrive à faire le strict minimum, mais des fois ça nous empêche quand même d'aller plus loin. » - Entretien 8, Guyane

Parfois d'autres langues plus maîtrisées en France, comme l'anglais, peuvent venir en aide aux

soignantes. Cependant, toutes les soignantes et toutes les patientes ne parlent pas forcément anglais. Il est parfois évoqué la possibilité de faire appel à des interprètes formé.e.s. La communication peut aussi se faire via un tiers qui parle français. Toutes ces solutions mises en place par les soignantes ont toujours le défaut de passer par un intermédiaire et donc d'impliquer une source d'incompréhension.

Du fait de cette incompréhension, certaines sage-femmes évoquent une méfiance que les patientes peuvent avoir, et qui de ce fait accentue les difficultés de communication. A l'inverse, lorsque la communication est plus fluide, le lien de confiance est décrit comme plus facile. En effet, cela permet aux patientes de mieux verbaliser leurs besoins d'accompagnement.

« Du coup faut préciser que quand on arrive en Guyane en tant que sage-femme puisqu'il y a pas d'école de sage-femme ici, on est quasiment que des Métro [Métropolitaines] et du coup qui ne parlent pas les langues locales. Donc la première année, l'accompagnement il est pas du tout pareil. Après quand on commence à pouvoir communiquer avec les femmes, franchement elles te disent hein, « ne quitte pas la pièce, j'ai besoin de toi ». Donc pas forcément de verbalisation mais elles ont besoin de notre présence, elles ont besoin de pas être seule en fait dans la salle. » - Entretien 9, Guyane

Une sage-femme fait également part de certains traitements différentiels qui découlent de la barrière de la langue, comme la négligence dans les explications. Pour elle, cette négligence est liée à la barrière de la langue et non à la couleur de la peau.

« Je pense plutôt à l'équipe médicale, des traitements qui sont parfois infligés à des patientes qui parlent pas français ou par exemple on va pas leur expliquer » - Entretien 7, Guyane

b. Confiance en la médecine occidentale

Pour une sage-femme, la barrière de la langue contribue au manque de confiance que les patientes peuvent avoir envers le personnel soignant.

« Je pense aussi leur méfiance envers la médecine occidentale et envers le personnel de santé de l'hôpital vient aussi du fait qu'elles comprennent pas tout ce qu'on leur dit. Et ça aussi, c'est normal de pas accepter toutes les thérapeutiques qu'on te propose quand t'as pas compris exactement de quoi il s'agissait. [...] Je parle un petit peu le bushinengué mais pas suffisamment pour expliquer tout dans les moindres détails » - Entretien 9, Guyane

La confiance en la médecine occidentale, de manière plus générale, est un point abordé par les sages-femmes travaillant en Guyane. Il peut s'agir de la péridurale, comme d'autres thérapeutiques ou conduite à tenir en salle de naissance.

« Par exemple si on prend la population Bushinenguée, je pense qu'on peut dire, enfin pas tout le monde, faut pas faire de généralités, mais certaines patientes sont quand même méfiantes de la médecine occidentale. Et elles refusent parfois les thérapeutiques qu'on leur propose. Et aussi dans le cadre de la gestion de la douleur, parfois le MEOPA [mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote] et la péridurale, ça peut être refusé, parce qu'elles sont méfiantes, elles ont peur qu'il y ait des risques pour leur santé et pour celle de bébé. » - Entretien 7, Guyane

Une des principales craintes autour de la péridurale concerne les potentiels risques liés à sa pose. En effet, les entretiens concernant les patientes Africaines, Bushinenguées ou encore Haïtiennes décrivent la peur que l'aiguille puisse les paralyser ou d'avoir mal au dos après l'accouchement. Elles ont aussi peur de ne plus pouvoir se mobiliser pendant le travail. Cet argument est souvent expliqué dans les entretiens par un manque de connaissance sur la péridurale de ces patientes.

« Parfois elles disent « je vais avoir très mal au dos après, je vais plus pouvoir marcher ». Bref, elles ont un peu peur de l'utiliser par la suite. Et puis ouais, que ça puisse contraindre l'accouchement » - Entretien 6, Guyane

Une autre sage-femme évoque aussi la différence anatomique des femmes noires qui expliquerait les douleurs au dos que ces patientes décrivent d'expérience personnelle ou familiale.

« Je pense que peut-être que dans la morphologie des femmes noires, peut-être qu'il y a eu une hyper-cambrure, [...] c'est quelque chose qui revient vraiment beaucoup beaucoup, cette histoire de douleur lombaire après la péridurale. Après c'est vrai que c'est dur de faire la part des choses, entre le fait d'avoir accouché, le fait d'avoir beaucoup d'enfants, de porter beaucoup d'enfants, ça joue aussi sur les douleurs lombaires, mais ça revient beaucoup beaucoup. [...] Alors de l'acte et des conséquences en fait, des douleurs après » - Entretien 9, Guyane

Elle ajoute aussi que les explications données lors des consultations d'anesthésiste peuvent

parfois ne pas les faire changer d'avis sur les craintes qu'elles peuvent avoir.

« Honnêtement, nous on n'est pas présentes à la consultation d'anesthésie, qui est une consultation obligatoire partout hein. [...] Ouais donc je sais pas ce qui est fait en consultation anesthésiste mais des fois, elles sortent avec le même discours, avec le « ça va juste me faire mal au dos » en fait, donc c'est dommage... » - Entretien 9, Guyane

Enfin, il est aussi beaucoup observé une réticence générationnelle. En effet, les filles des femmes immigrées sont plus enclines à la péridurale, ce qui n'est pas le cas de leur mère, leur belle-mère, leur tante etc. Et les accompagnatrices refuseraient la péridurale pour leur fille/niece/sœur.

« Quand t'as une patiente qui est très jeune, elle est souvent accompagnée d'une grande sœur ou de sa maman ou d'une tante, et c'est parfois la tante ou l'accompagnante qui prend la décision à sa place de refuser la péridurale. Donc, ça, ça arrive quand même assez souvent. Et dans ce cas pour gérer la situation, ce qu'on demande c'est à l'accompagnante de sortir de la salle pour donner des explications seulement à la jeune fille. Parce quand elles sont jeunes, c'est l'accompagnante qui décide à leur place, pour avoir son consentement éclairé uniquement à elle et que ça soit pas quelqu'un qui prenne la décision à sa place » - Entretien 7, Guyane

De ce fait, le recours à la péridurale chez les populations identifiées Africaines en Nouvelle-Aquitaine et les patientes Bushinenguées ou Haïtiennes en Guyane est décrit comme moins important que chez les patientes Caucasiennes.

Au contraire, la médecine traditionnelle est beaucoup observée, notamment en Guyane. Les sages-femmes interrogées font référence au « washi ». Il s'agit de pratiques traditionnelles des Noirs-Marrons de Guyane. Elle est censée aider le cours du travail.

« Elles croient aussi à leur médecine à elle, du coup bon, elle tente, si elle voit que ça marche pas, elles vont dire « ça vous va, je rentre quelques minutes » et on sait très bien qu'elles vont tester leur médecine à elle, pour voir si elles... comme ça elles ont aussi l'impression d'avoir donné toute leur chance aux deux médecines » - Entretien 6, Guyane

c. Moins d'ouverture et d'écoute aux conseils de la part des patientes

Les sages-femmes interrogées constatent que lorsqu'elle cherche à accompagner ces

patientes comme elles ont l'habitude de le faire, il émerge qu'elles sont moins ouvertes à l'aide et aux conseils que peuvent leur proposer les soignantes.

« Quand on leur pose la question, elles ne répondent pas ! Le plus souvent, je pense qu'elles ont des difficultés à évaluer leur douleur sur une échelle numérique. La plupart du temps, on n'a pas de réponse » - Entretien 5, Nouvelle-Aquitaine

« Et puis même nous quand on essaye de les accompagner en fait au niveau de la gestion de la douleur, par exemple quand elles refusent le MEOPA, la péridurale, on essaye de leur expliquer les méthodes de respirations, qu'on respire avec elles, qu'on leur montre comment il faut faire, souvent elles suivent pas en fait les explications, et elles continuent de respirer, de faire à leur manière en fait » - Entretien 7, Guyane

Une sage-femme mentionne également que peu de ces femmes suivent des cours de préparation à la naissance. Ainsi, les méthodes classiques pour gérer la douleur lors des contractions (respiration, massages etc.) apprises lors de ces cours ne sont pas utilisées.

« Après, prise en charge de la douleur, je pense que ça serait bien qu'elles fassent des cours de préparation à la naissance, dans leur langue. Il y a des sage-femmes libérales qui sont installées depuis longtemps, qui parlent le Bushinengué. Mais en fait, je pense qu'elles sont pas demandeuses. Et puis parfois elles font pas suivre leur grossesse, alors leur demander de suivre des cours de préparation à la naissance... [...], elles sont pas demandeuses de ça » -

Entretien 7, Guyane

d. Représentation de l'accouchement et de la douleur

Les sages-femmes interviewées expliquent le phénomène d'avoir moins recours à la péridurale par différentes constatations dans leur pratique. Le fait d'avoir l'habitude d'accoucher sans péridurale et « dans la douleur » est suggéré par différentes sages-femmes. Certaines fois, la péridurale n'est même pas une option envisagée pour un accouchement.

« Ouais, j'ai l'impression que c'est acquis, c'est comme ça. Elles enfanteront dans la douleur, pour le coup. Et, c'est acquis et elles ont pas le choix » - Entretien 1, Nouvelle-Aquitaine

« En fait dans leur conception à elles, la péridurale c'est même pas envisageable en fait. Du coup, elles réfléchissent pas trop, tu vois. Alors que c'est que dans notre culture un peu plus Métro, on sait que la péridurale existe et qu'elle est performante, du coup ben, on y réfléchit à deux fois, et c'est pas du tout pareil. C'est beaucoup facile de « craquer » pour une

péridurale quand l'objectif c'est de pas en avoir. » - Entretien 8, Guyane

Cela est expliqué par le fait que les patientes identifiées comme Africaines, ou Haïtiennes, ou encore Bushinenguées ont déjà accouché de cette manière, ou encore ont vu les femmes de leur famille, de leur entourage accoucher de cette manière. Cela serait donc lié à leur culture et leur éducation.

« Je pense que c'est une part de culture. [...] Et donc, il y a peut-être un espèce d'entretien aussi là-dedans où, voilà, en Guinée on accouche comme ça, moi j'ai accouché comme ça, ta sœur a accouché comme ça, ta mère a accouché comme ça, ta belle-sœur, ta belle-mère, tout ce que tu veux... Donc toi aussi, t'accoucheras un peu comme ça » - Entretien 2, Nouvelle-

Aquitaine

Les patientes Bushinenguées sont décrites comme moins inquiètes concernant leur grossesse et leur accouchement.

« Je pense, que c'est peut-être aussi lié au fait qu'elles [patientes Bushinenguées] sont moins stressées que la population Métro. Peut-être qu'une femme, déjà elle consulte moins en cas de problème. Elles sont moins anxieuses par rapport à l'accouchement. » - Entretien 7, Guyane

Il est également évoqué par une sage-femme que les patientes Africaines sont moins dans la mentalisation de leur accouchement.

« Elles mentalisent moins, c'est des relations plus simples qu'avec certaines patientes d'origine Métropolitaine » - Entretien 4, Nouvelle-Aquitaine

Des observations d'endurcissement par le mode de vie sont faites pour les patientes Hmong en Guyane, par rapport à leur discrétion dans l'expression de leur douleur.

« C'est des agriculteurs, c'est des gens qui travaillent la terre, les femmes elles vont travailler... culturellement, ils sont très très endurants et très... il y a pas beaucoup de place pour la plainte individuelle, c'est dans leur culture je pense donc c'est vrai qu'elles sont très stoïques » - Entretien 9, Guyane

Ce sont des patientes qui sont réputées pour accoucher souvent plus rapidement (souvent lié à leur grande multiparité), qui n'ont donc pas forcément le temps d'en avoir une ou alors qui n'en ont pas besoin.

« Chez les patientes Guinéennes, on a peut-être plus de multipares, donc parfois moins le temps de poser la péridurale donc probablement qu'elles ont moins de péridurale en proportions par rapport aux Caucasiennes » - Entretien 4, Nouvelle-Aquitaine

« Et en fait, les femmes ici, elles arrivent, elles ont déjà 14 grossesses, c'est leur onzième accouchement, elles savent faire et en fait, elles ont mal mais elles gèrent très bien » - Entretien 8, Guyane

Toutes ces réflexions concernent principalement les patientes étrangères primo-arrivantes. En effet, notamment en Guyane, les sages-femmes observent un changement de pratique et de désir de péridurale au fil des années. Les nouvelles générations de patientes Bushinenguées sont plus enclines à demander la péridurale que la précédente.

« Et je pense qu'il y a aussi la culture... maintenant ça commence à évoluer, mais vraiment les générations d'avant, on voit souvent avec des jeunes qui sont accompagnées de leur mère, ou ça va être la mère qui va dire « non pour la péri » ou des choses comme ça, alors que la fille veut, par exemple. » - Entretien 6, Guyane

e. Accompagnant en salle de naissance

Les accompagnant.es en salles de naissance sont aussi des facteurs qui peuvent agir sur la gestion de la douleur des patientes. Une sage-femme interrogée évoque le fait que les patientes qui sont seules gèrent moins facilement la douleur et sollicitent plus les soignantes.

« Les patientes Africaines, elles sont souvent toutes seules.[...] Franchement, je pense vraiment que la résistance à la douleur, ça dépend de l'accompagnant, de la personne qui les motive. Donc je pense qu'elles nous sollicitent plus car elles vont craquer plus facilement comme elles sont toute seules. Après quand elles sont accompagnées, je trouve que c'est un peu équivalent. Il y en a qui vont gérer, il y en a qui vont pas gérer mais je pense en mêmes proportions que les patientes Métropolitaines » - Entretien 4, Nouvelle-Aquitaine

Il est d'ailleurs observé qu'il s'agit plus d'accompagnatrice, des femmes de leur entourage. Ceci est expliqué par une sage-femme comme une plus grande confiance entre femmes.

« Alors les hommes, que ça soit les Haïtiennes, les Bushinenguées, ils ont pas trop leur place en salle de naissance. C'est plus, souvent une femme de la famille qui accompagne la patiente en salle d'accouchement » - Entretien 7, Guyane

Dans certains cas, celles-ci sont très aidantes dans la gestion de la douleur.

« Je pense pareil, la représentation aussi, avec les accompagnantes. Comme tu l'as vu, les accompagnantes des patientes où elles vont être beaucoup plus mutiques et tout, les accompagnants sont sur le fauteuil, ils disent rien. Alors que les patientes Haïtiennes, ça va être des patientes qui vont chanter, qui vont parler, qui vont prier à côté, qui vont bouger là là là là. Du coup, ça va avec j'ai envie de dire. Elles s'entraînent là-dedans » - Entretien 6, Guyane

Dans la culture Bushinenguée, les accompagnatrices sont notamment aidantes dans les pratiques traditionnelles, tels que les « washi » mentionnés précédemment.

« Des fois, pour les jeunes, mais pas seulement, quand c'est un peu compliqué, que ça avance pas très bien ou qu'elles commencent à être vraiment fatiguées au niveau de la douleur, il y a un côté culturel qui est vachement présent. Quand elles ont de la famille, des grand-mères ou des belles-mères qui sont présentes, il y en a certaines qui vont faire des sortes de soins culturels. Ils appellent ça des « washi », il y a d'autres noms en fait. C'est des sortes de choses spirituelles. C'est un peu comme des rituels qui vont faire que le travail va avancer. C'est pas vraiment par rapport à la gestion de la douleur, c'est plutôt pour faire en sorte que tout aille bien et qu'elle accouche. » Entretien 8, Guyane

A l'inverse, lorsque l'accompagnante n'est pas active, les patientes se retrouvent assez seules face à leur douleur.

« Et puis même, les accompagnantes, elles aident pas du tout à gérer la douleur. J'ai jamais vu une accompagnante aider une femme à souffler ou même d'elle-même spontanément un massage dans le dos, ou prendre la main de la patiente pour la soutenir, ils sont assez... je trouve qu'elles se retrouvent assez seule avec leur douleur en fait » - Entretien 7, Guyane

f. Similitude avec les patientes blanches

A l'inverse des patientes Africaines, Bushinenguées ou Haïtiennes principalement citées dans la partie précédente des résultats, les patientes Hmong ont une autre réputation vis à vis de leur souhait d'avoir la péridurale. Il est décrit que ces-dernières ont beaucoup de ressemblances avec les patientes Caucasiennes de Métropole.

« Eux au niveau culturel, je dirais qu'ils ont plus confiance en la médecine occidentale, ça se rapprocherait plus de notre culture. Par exemple, ils font suivre leur grossesse, ils ont moins

d'enfants... C'est vrai qu'on n'a pas parlé du nombre d'enfants par rapport à la gestion de la douleur, c'est quand même important. On pourra en parler après. Elles font que 2-3 enfants, un peu comme les européens. Et niveau vaccination, ils sont vaccinés, ils se font suivre... Je pense qu'ils ont un peu la même mentalité du point de vue santé que les européens. Et du coup, au niveau gestion de la douleur, elles par contre elles sont accompagnées par leur mari en général. Elles sont souvent demandeuses d'un péridural, et c'est un peu leur manière de gérer leur douleur, un peu comme à l'européenne je pense » - Entretien 7, Guyane

Les Créoles sont également décrites de cette manière.

« Les Créoles ? [...] C'est comme les Métro. C'est plus une mentalité occidentale. Pareil en fait c'est marrant parce que celles qui sont... il y a comme un package, celles qui sont accompagnées soit par une femme de la famille, soit par le papa. En général, celles qui sont accompagnées par leur mari, c'est des femmes avec des schémas familiaux plus classiques avec un, deux, voire trois enfants, accompagnées par le papa, médecine plutôt occidentale, qui parlent français, tous les Créoles parlent français, ce qui n'est pas le cas des patientes Bushinenguées, qui ont des grossesses bien suivies, qui font des cours de préparation à la naissance, qui sont souvent demandeuses de thérapeutiques pour gérer la douleur, voilà, qui ont besoin que la sage-femme réponde à leurs questions, les rassurent et soulage leur douleur, voilà. Donc je dirais que la population créole se rapproche plus, comme les Hmong, des patientes Métro » - Entretien 7, Guyane

g. Autres moyens d'analgésie utilisés

En dehors de la péridurale, d'autres moyens analgésiques peuvent être proposés en salle de naissance. Il n'y a pas de grandes différences observées pour le bain ou l'utilisation du ballon de grossesse entre les femmes blanches et les femmes Africaines ou Bushinenguées. Cependant, ce sont des patientes qui sont décrites comme déambulant beaucoup, qui sont très actives, jusqu'à la fin du travail.

« Après, elles marchent plus je trouve. Je trouve qu'elles ont plus tendance à déambuler, ce qui est plutôt bien, elles ont raison en fait. Mais sinon, non... franchement, j'ai rien observé de particulier » - Entretien 2, Nouvelle-Aquitaine

« Mais après en termes de douleur, elles sont encouragées pendant tout le long de leur grossesse à rester très actives, on leur dit qu'elles font ça pour être fortes pour l'accouchement. Elles travaillent jusqu'au bout en général, la maison, le jardin etc... et après,

même pendant le travail, elles vont marcher, même quand elles sont à 8-9 cm elles te demandent à marcher et qu'on leur permet, enfin ça dépend des collègues mais on essaye de leur permettre ça. Donc je pense que c'est... tout ce qu'on a un peu théorisé en Métropole, l'accouchement sans péridurale avec une bonne mobilité tout ça, elles le font un peu de façon naturelle » - Entretien 9, Guyane

Pour les patientes qui ne souhaitent pas la péridurale, tous les autres moyens analgésiques sont décrits comme bons à prendre, particulièrement le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA). En effet, elles ne sont pas dans le refus total de toutes les thérapeutiques qui pourraient les soulager.

« Le gaz [MEOPA], elles sont assez chaudes pour l'avoir. En fait, c'est vraiment aussi une crainte de la péridurale, parce que tout ce que l'on propose autres, elles sont plutôt pour. [...] Gaz... après si on leur propose tout ce qui est Spasfon, doliprane, ça aussi (rire), on prend. [...] Mais sinon après, le Nubain ou des choses comme ça... mais ouais, soit les antalgiques « classiques » soit le gaz. C'est vrai que la péridurale, c'est vraiment le dernier recours » - Entretien 6, Guyane

h. Différence au sein d'une même ethnie

Beaucoup des sages-femmes interrogées précisent également que des patientes d'une même ethnie ne présentent bien sûr pas toutes les mêmes caractéristiques.

« Et après c'est pas que culturel, parce que au sein d'une même ethnie, il va y avoir des dames qui supportent très bien, et des dames qui supportent très mal. C'est inter-variable même s'il y a des différences culturelles » - Entretien 8, Guyane

Cela peut également dépendre de s'il s'agit de leur première ou énième grossesse.

« Avec une différence quand même, c'est le cas quand elles ont déjà accouché, mais quand c'est des jeunes, parce qu'il y a énormément de grossesses adolescentes ici, donc effectivement quand c'est des jeunes de 14-15 ans, c'est leur premier accouchement, la gestion de la douleur, c'est pas du tout la même. » - Entretien 8, Guyane

4. Conséquences des différences observées sur les prises en charge proposées

Toutes ces différences évoquées peuvent avoir pour conséquence des traitements différentiels dans la prise en charge de la douleur de ces patientes.

a. Prise en charge retardée

Un premier traitement différentiel identifié est la prise en charge retardée. Elle est expliquée d'abord du fait des patientes elles-mêmes. D'une part, cela est expliqué par les difficultés liées à la barrière de la langue, évoquées précédemment, conduisant à des mauvaises compréhensions des soins de la part des patientes et un manque de confiance de ces dernières, vis-à-vis des soignantes. D'autre part, s'ajoutent les difficultés des patientes à se déplacer retardant encore leur recours aux soins : en Nouvelle-Aquitaine, les patientes Guinéennes qui ne sont pas forcément véhiculées, ou en Guyane, les patientes Bushinenguées du Suriname qui doivent traverser le fleuve pour se rendre à l'hôpital.

« Je pense que j'en ai vu aucune [patiente Guinéenne] venir avec sa propre voiture » -

Entretien 2, Nouvelle-Aquitaine

Dans d'autres cas, la prise en charge retardée de ces patientes est expliquée du fait de la soignante. Comme mise en avant dans la première partie des résultats, l'exagération de l'expression de la douleur est expliquée par plusieurs sages-femmes par le syndrome méditerranéen. Pour certaines soignantes, cela va modifier la perception de la douleur du personnel soignant, et de ce fait retarder la prise en charge de ces patientes.

« Je pense que c'est possible de se dire que les patientes d'origine d'Afrique Noire ou bien Guinéennes, principalement parce que c'est celles qu'on a le plus, et les patientes d'origine du pays du Maghreb, elles ont plus tendance à crier donc qu'elles exagèrent leur douleur. Donc elles [collègues soignantes] ont tendance à prendre en charge la douleur peut-être un peu plus tard. Ou privilégier des traitements de ligne d'antalgique un peu moins importantes tout de suite. [...] Ouais, un délai de prise en charge de la douleur peut-être un peu plus retardé » - Entretien 4, Nouvelle-Aquitaine

b. Moins d'attention donnée dans le soin/négligence dans le soin

En plus du syndrome méditerranéen, la barrière de la langue peut aussi avoir comme conséquence une attention inférieure donnée dans le soin voire de la négligence, jusqu'à même de la violence infligée dans le soin.

« C'est terrible ce que je vais dire, mais je pense que oui... malheureusement je pense que oui, on prête moins attention à ces personnes-là. Que ce soit à cause de la barrière de la langue ou parce que voilà, c'est le syndrome méditerranéen donc on y prête pas attention. » -

Entretien 1, Nouvelle-Aquitaine

« Je pense pas que ça soit, la culture, je pense que c'est plus un problème de barrière de langue. Parce que la culture ici, voilà il y a beaucoup de cultures différentes et je vois par exemple on prend une patiente créole et une patiente Bushinenguée, si on prend la couleur de peau, c'est deux patientes qui ont la peau noire mais je pense que les médecins ou les sage-femmes seront plus attentifs à une patiente créole qui parle français qu'à une patiente

Bushinenguée » - Entretien 7, Guyane

« J'ai déjà vu des touchers vaginaux de force très douloureux, la patiente qui crie, le médecin qui continue, qui s'arrête pas... je pense pas qu'il aurait le même comportement envers une patiente qui parlerait français. Ouais je pense qu'il y a parfois un peu plus de négligence... à mon avis c'est vraiment la barrière de la langue qui crée la négligence » - Entretien 7,

Guyane

Nous avons aussi vu que certaines patientes étaient plus autonomes dans leur gestion de la douleur. Ainsi, cela conduit les sages-femmes à passer moins de temps auprès de ces femmes.

« Je suis présente quand on me demande plus donc les dames Guinéennes qui gèrent de leur côté et qui veulent pas trop de nos conseils, c'est sûr que je serai moins présente si tout va bien » - Entretien 5, Nouvelle-Aquitaine

« Dans mon accompagnement, je pense que passerai plus de temps auprès d'une patiente Métro, [...] elles nous sollicitent plus facilement pour qu'on leur apporte de l'attention, alors que je ressens pas cette nécessité chez les patientes Bushinenguées. Je sens pas qu'elles ont autant besoin de nous. Elles sont pas aussi demandeuses de notre présence. Elles gèrent toutes seules. Donc ça serait peut-être la différence. Je me sens moins utile dans la gestion de la douleur auprès de cette population qu'auprès d'une patiente Métro par exemple » -

Entretien 7, Guyane

Enfin, nous avons également cité dans la première partie des résultats le recours moins important à la péridurale pour les femmes racisées, et notamment pour les patientes Bushinenguées. Par conséquent, certains entretiens font apparaître que les soignantes

proposent moins spontanément la péridurale à ces femmes partant du principe qu'elles n'en voudront pas.

« Je trouve que le recours à la péridurale est devenu un peu plus démocratisé aujourd'hui qu'il y a 10 ans. [...] Et c'est vrai que, en tous cas moi personnellement je le proposais pas systématiquement avant. Si elles me demandaient pas, je proposais pas systématiquement. Et maintenant, j'essaye de faire attention à ça. Parce que je me rends compte que finalement, il y en a qui osent pas demander parce que il y a encore un peu cette pression culturelle. Et finalement, quand tu leur proposes, elles [la] veulent en fait. » - Entretien 9, Guyane

c. Perception par des soignantes racisées

Pour certaines patientes, notamment les patientes identifiées comme Africaines ou Bushinenguées, nous avons vu que l'expression de la douleur est moins importante lors de leur accouchement. Cela peut aussi modifier la perception du personnel soignant et leur accompagnement. Dans cette citation, il est pour la première fois observé la perception de soignantes racisées, ici Bushinenguées.

« On a des sage-femmes guyanaises mais elles sont pas d'origine Bushinenguées. Et par contre les auxiliaires puer', d'origine Bushinenguées, elles sont toujours un peu à critiquer les dames qui expriment de la douleur justement. Parce que je pense que c'est tellement ancré dans leur propre culture à elles aussi, que c'est pas bien d'avoir mal. Du coup, elles, elles vont vraiment pas du tout être accompagnantes en termes de douleur. Parce que pour elles, c'est tellement, pas normal d'exprimer de la douleur que ça décrédibilise la dame qui a mal en fait. » - Entretien 8, Guyane

d. Question du racisme dans le soin

Enfin, très peu de soignantes ont évoqué spontanément une question de racisme dans les entretiens. Seules ces sages-femmes l'ont abordé.

« En tous cas j'ai jamais vu vraiment de pur racisme dans les soins. Ça par contre c'est sûr. »
- Entretien 1, Nouvelle-Aquitaine

« Je pense que le racisme il est pas lié à la couleur de peau, je le ressens pas comme ça, il est pas lié à l'ethnie ou la couleur de peau, je le sens vraiment lié à la barrière de la langue. Comme si on une patiente qui parlait pas français était inférieure, comme si elle était un peu bête parce qu'elle comprend pas tu vois. C'est comme ça que je le ressens » - Entretien 7,

e. Adaptation et solutions face aux différences culturelles

Face à toutes ces difficultés évoquées et leurs conséquences dans la prise en charge de la douleur des patientes racisées, les soignantes interrogées proposent alors plusieurs moyens de s'y adapter et de les compenser.

Une des solutions qui revient de manière récurrente dans les entretiens est la mise en place plus systématique d'interprètes afin de lutter au maximum contre la barrière de la langue.

« En fait, hormis avoir des traducteurs systématiquement sur l'hôpital disponible... ou alors il faudrait qu'on apprenne toutes les langues étrangères, et là on serait au top ! Mais sinon, en fait, c'est que c'est tellement difficile de communiquer avec des patientes qui parlent pas du tout un mot de français... » - Entretien 1, Nouvelle-Aquitaine

Une sage-femme mentionne aussi qu'il lui arrive de parler plus fort pour se faire mieux comprendre et entendre.

« Après, si peut-être plus tendance à parler plus fort, pas à leur crier dessus, mais à leur parler plus fort parce que, quand elles se mettent à crier, elles t'entendent plus du tout. [...] Je l'ai vécu il y a pas très longtemps, on est obligé d'élever un peu la voix » « Maintenant ça suffit ! Vous allez vous canalisez et ça va être mieux ! » » - Entretien 4, Nouvelle-Aquitaine

Le partage d'expérience entre collègues ou encore l'expérience personnelle est aussi mise en valeur pour s'adapter au mieux aux différences culturelles face auxquelles les soignantes sont confrontées.

« Alors après entre collègues aussi, on discute aussi d'expériences, ou autre, voilà. Quand on est avec une sage-femme plus âgée qui dit « ah, il y a le clapotis, ça, ça veut dire que ça s'accélère » bon bah on écoute et voilà » - Entretien 2, Nouvelle-Aquitaine

« Et en fait je pense que c'est juste ça, que si on se donne un peu la peine d'essayer de comprendre, ce que vit l'autre, parce qu'il y a certaines patientes d'origine France Métropolitaine, qui ont une vie difficile, qui supportent absolument pas la douleur. Mais au même titre que d'autres patientes migrantes ou d'origine Guinéenne, ou d'origine des pays de l'est » - Entretien 4, Nouvelle-Aquitaine

D'autres appliquent soigneusement les protocoles de la douleur établis par leur service pour justement ne pas faire de différences et uniformiser les pratiques.

« On a un protocole clair, la patiente nous dit qu'elle a mal, elle a un EN supérieur à ça, on lui donne le traitement, on lui donne le traitement de seconde ligne, si ça marche pas, on fait un Nubain, si le Nubain marche pas, elles descendent en salle et elle a une péri. Je pense que ça, ça a permis de justement d'uniformiser les pratiques et en plus de considérer toutes les patientes de la même façon » - Entretien 4, Nouvelle-Aquitaine

Enfin, une sage-femme évoque le fait de pouvoir mettre en place des péridurales déambulatoires afin que les patientes ne souhaitant pas de péridurale par crainte d'être immobilisées puissent être soulagées tout en continuant à se mouvoir.

« Après ce qui manque chez nous c'est peut-être encore d'avoir des péridurales déambulatoires, parce que chez nous, ça serait tout à fait pertinent. On a quand même des patientes avec des comorbidités, l'intérêt médical de la péridurale, il est là. Et si tu dis à une dame « ok on va poser une péridurale, ok c'est une piqure dans le dos mais au moins tu pourras bouger en fait, tu pourras continuer à marcher », je pense que ça ferait quand même une différence dans le recours à la péridurale. » - Entretien 9, Guyane

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Premièrement, nous avons pu mettre en évidence la catégorisation des patientes racisées par les sages-femmes interrogées, leur attribuant à chacune des spécificités communes, notamment dans l'expression de leur douleur lors du travail et de l'accouchement. Les patientes identifiées comme Africaines et Bushinenguées sont décrites comme exprimant de manière moins importante leur douleur et étant plus dans l'auto-gestion. A l'inverse, les patientes identifiées comme Maghrébines ou Haïtiennes sont décrites comme exagérant leur douleur et ayant plus besoin du personnel soignant pour les accompagner dans celle-ci. Deuxièmement, cela a fait émaner des arguments en faveur des difficultés rencontrées par les sages-femmes face à ces différences d'expression de la douleur : la barrière de la langue, la confiance en la médecine occidentale, moins d'écoute des conseils des patientes, la représentation de l'accouchement et de la douleur ou encore les accompagnants en salle de naissance. Pour finir, les conséquences observées dans ces entretiens, sur les prises en charges proposées, sont multiples : prise en charge retardée, moins d'attention et négligence voire violence donnée dans le soin, la perception des soignantes racisées, la question de racisme dans le soin et enfin les adaptations et solutions mises en place par les soignantes face aux différences culturelles.

2. Force de l'étude

Le traitement différentiel n'est pas un sujet qui est fréquemment abordé dans le milieu de la santé. Il s'agit pourtant d'une réelle problématique, ayant des conséquences sur les prises en charges proposées et donc directement sur les patient.es. De ce fait, cette étude peut apporter à son échelle, une piste de réflexion supplémentaire sur le sujet et conduire à d'autres travaux afin d'informer le personnel soignant, de mettre en évidence ces comportements le plus souvent implicites et évidemment, mieux prendre en charge les patient.es racisé.es.

Le choix du qualitatif est également un bon moyen pour commencer à ouvrir la porte sur le sujet. De plus, les entretiens individuels auprès de professionnelles de santé ont permis

des réponses libres et spontanées.

Avoir fait contraster deux régions françaises avec des peuplements et des histoires très différentes est aussi un point fort de cette étude.

3. Limites de l'étude

Les sages-femmes interrogées étaient toutes volontaires. Ainsi, ceci peut créer un biais du fait de l'intérêt que ces sages-femmes peuvent avoir pour ce sujet. Il est également important de noter que les sages-femmes interrogées étaient majoritairement blanches.

La plupart des interrogatoires ont été menés dans le cadre de périodes de stages. J'ai donc été identifiée comme étudiante sage-femme. De plus, en tant que personne racisée, j'ai pu également être identifiée comme telle. Cela a pu créer un biais dans les réponses.

Il y a également pu y avoir des difficultés pour certaines sages-femmes de parler de ce sujet, ayant peur d'être jugées. Néanmoins, nous avons essayé d'atténuer ce sentiment par la précision que le but de cette étude était de recueillir leurs libres avis, et non pas de les juger.

Enfin, le nombre d'entretiens n'est pas très important. S'il a permis d'atteindre la saturation analytique sur certains sujets, il ne permet pas d'approfondir certains résultats. De cette limite, nous n'avons également pas pu comparer les expériences entre la Nouvelle-Aquitaine et la Guyane.

4. Discussion des résultats

Analyse de la catégorisation des patientes par les soignantes

Dans cette étude, la première question était de comprendre comment les sages-femmes interrogées percevaient les patientes étrangères, ou plus globalement racisées, dans la relation de soins qu'elles ont avec elles. Le terme « Africaine » est un terme que j'ai beaucoup entendu lors de mes stages en France Métropolitaine, à propos de femmes principalement nées en Afrique subsaharienne. J'ai d'abord fait le choix de laisser émerger les groupes ethniques que les sages-femmes rencontraient le plus souvent dans leur service avant de les interroger sur leur utilisation du terme « Africaine ».

En Nouvelle-Aquitaine, de nombreux pays d'émigration sont cités dans les entretiens : Guinée, Congo, Mayotte, Niger, Madagascar. Cependant, les appellations qui ressortent le plus, sont les « Africaines » et les « Maghrébines ». Selon l'INSEE, en 2017, à Poitiers, 22% de la population immigrante vient du Maghreb et plus de 30% vient d'autres pays d'Afrique, reflétant les principales populations rapportées par les sages-femmes. Lorsque je leur pose la question de préciser qui sont ces patientes, il en ressort que : les Maghrébines sont les patientes nées en Afrique du Nord et les Africaines sont celles nées en l'Afrique subsaharienne. Il est précisé par certaines soignantes, qu'il s'agit surtout des patientes immigrées et récemment arrivées, celles avec qui la différence culturelle et linguistique sont plus importantes. Elles sont donc principalement identifiées puis catégorisées par leur couleur de peau d'une part (principalement pour les patientes Africaines), mais également par la langue qu'elles parlent et leur différence culturelle. La désignation par leur couleur de peau est cependant peu employée, seul dans un des entretiens, le terme « black » ressort.

Certaines sages-femmes ont dit employer systématiquement le pays de naissance d'une patiente pour parler d'elle, mais souvent dans la suite de l'entretien, le terme « Africaine » revenait. De la même manière, la plupart des sages-femmes interrogées mentionnent le fait qu'il ne faut pas généraliser des traits spécifiques à l'ensemble des femmes d'une catégorie. Cependant, nous avons pu remarquer que malgré cette réflexion, ces généralités sont tout de même énoncées. Il est intéressant de se poser la question de la raison pour laquelle ces sages-femmes ont précisé faire la différence entre chaque pays, alors que naturellement elle revenait vers une catégorisation plus générale de ces dernières. On peut alors émettre l'hypothèse qu'elles se rendent compte de la problématique de catégoriser et généraliser des patientes à un continent entier, qu'est l'Afrique, pour leur attribuer des spécificités supposées communes. Par ailleurs, il est intéressant d'observer que les sages-femmes interrogées ont rarement, voire jamais, fait référence à des différences de niveau d'éducation, de niveau socio-économique, etc., en évoquant leurs patientes racisées.

En Guyane, nous retrouvons un plus grand nombre de catégorisation des patientes : les Métropolitaines, les Bushinenguées, les Hmong, les Haïtiennes, les Créoles, les Brésiliennes, les Amérindiennes, ou encore les Dominicaines. Dans tous les entretiens, on se rend compte que pour chacune de ces catégories de patientes, des spécificités leur sont attribuées, mais, de la même manière, les différences « intra-groupes » ne sont qu'exceptionnellement voire jamais évoquées. En revanche, différents groupes sont retrouvés

au sein de la population noire, qui est majoritaire en nombre. Les groupes sont décrits par les soignantes interrogées, ce que j'ai aussi entendu en stage, comme stables dans le temps, à savoir que le groupe des Bushinenguées comme celui des Hmongs ou des Créoles ne désignent pas une génération récemment arrivée mais plusieurs générations de femmes installées en Guyane. A ce titre, les Haïtiennes font exception car elles sont arrivées plus récemment. Elles sont dans des situations de précarité et vivent pour nombre d'entre elles dans un camp à l'extérieur de St Laurent-du-Maroni.

La catégorisation s'exerce d'ailleurs dans tous les champs sociaux et n'est pas spécifique à la catégorisation ethnique, ou raciale. Ces catégorisations restent cependant un bon repère pour comprendre comment les patientes sont perçues au premier abord par les soignantes. En effet, les patientes sont alors identifiées appartenant à telle ou telle catégorie, avec les spécificités qui leur sont associées. Cela conditionne les rapports sociaux entre les soignantes et patientes et conduisent à des attitudes et associations implicites [20]. La catégorisation est la première étape conduisant aux biais implicites, largement décrits dans la littérature psycho-sociale nord-américaine. Il s'agit de biais fonctionnant au niveau du subconscient et se manifestant dans les attitudes et les comportements d'individus en position de décider (des recruteurs par exemple) qui se comportent différemment avec des personnes de différentes origines raciales.

Perception des différences dans l'expression de la douleur par les soignantes

L'objectif de cette étude était d'étudier les traitements différentiels dans la prise en charge de la douleur des patientes racisées en salle de naissance. Une fois les catégories de patientes établies par les sages-femmes lors des entretiens, le guide d'entretien les interrogeait sur les différences observées de ces patientes dans leur expression et la gestion de la douleur qui pouvait en découler, que celle-ci soit du fait des femmes ou de celui des sages-femmes voire des équipes soignantes.

L'analyse thématique montre que beaucoup de points communs sont retrouvés entre les patientes identifiées comme Africaines en Nouvelle-Aquitaine ou les patientes Bushinenguées en Guyane. Ce sont des patientes qui sont décrites comme exprimant moins ouvertement leur douleur, notamment celle liée à leur accouchement. Elles sont souvent décrites comme fortes et robustes [21]. Une grande retenue dans leur expression est

également décrite, et non le fait qu'elles ne ressentent pas de douleur. Ainsi, les sages-femmes interrogées évoquent le fait que ces patientes sont plus autonomes et ont donc moins besoin d'elles pour la gestion de la douleur. Dans une époque où les sages-femmes sont surchargées de travail à l'hôpital, on peut émettre l'hypothèse que lorsqu'une patiente est assimilée comme ayant moins besoin d'accompagnement, cela peut enlever une charge de travail tout en s'accordant avec sa conscience professionnelle. Le temps est souvent un problème évoqué par les sages-femmes, notamment avec le slogan « 1 femme = 1 sage-femme » lancé par Anna Roy, durant la grève de 2020 [22]. En effet, de manière générale, les sages-femmes ont besoin de plus de temps pour toutes les patientes. Moins le temps est contraint, plus un traitement individualisé est possible.

On retrouve également des points communs entre les Maghrébines et les Haïtiennes dans leur expression de la douleur, telles que décrites par les sages-femmes en Nouvelle-Aquitaine et en Guyane : ces patientes sont très expansives dans leur expression. Elles sont même « bruyantes » et plus sollicitantes envers le personnel soignant. Le syndrome méditerranéen est également évoqué dans plusieurs des entretiens à propos des Maghrébines. Peu de sages-femmes interrogées utilisent ce terme, mais il est souvent entendu dans les services. Différentes hypothèses sont évoquées quant à cette « exagération de la douleur » par les soignantes : interpellé sur l'avancement du travail ou encore exprimer un mal être plus général. Le terme de « syndrome méditerranéen » apparaît à la suite de migrations post seconde guerre mondiale. Des études signalent la fréquence des syndromes douloureux mal caractérisés chez les patientes appartenant à des minorités d'origines étrangères. Ces troubles sont expliqués dans le cadre d'une « pathologie d'adaptation » ou comme une « crise identitaire » [23]. Aujourd'hui, le « syndrome méditerranéen » au sens clinique n'a jamais été démontré [14].

Source des difficultés des soignantes face aux différences d'expression de la douleur

Une des principales causes de difficultés dans la relation de soins est celle de la barrière de la langue. En effet, elle peut résulter de difficultés dans la communication et donc de biais dans la compréhension des patientes. Elles se posent dans cette étude avec les groupes suivants : les patientes identifiées comme Africaines ou encore les Bushinenguées. Malgré les différentes solutions apportées par les sages-femmes ou les services, comme utiliser des

applications de traduction, avoir une personne de la famille qui traduit ou, rarement, avoir un interprète professionnel, cela implique toujours une source d'incompréhension du fait de passer par un intermédiaire. En plus des difficultés financières des établissements de santé pour adhérer à des associations proposant des services d'interprétariat professionnel, les patientes n'ont pas forcément connaissance de leur droit d'avoir un interprète [24]. Les patientes ont alors des difficultés pour exprimer leur besoin d'accompagnement. De leur côté, le personnel soignant peine à se faire comprendre et peut même, dans des contextes où les soins sont contraints (charge de travail importante) aboutir à un défaut d'explications de soins. La négligence relève à part entière de la maltraitance médicale, et plus particulièrement dans ce contexte, de violences gynécologiques et obstétricales. En effet, en 2013, apparaît la notion de « violences gynécologiques et obstétricales » avec l'émergence de nombreux témoignages de femmes sur les réseaux sociaux. En 2018, un rapport institutionnel au Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) est rédigé, soulignant que des caractéristiques sociales, dont l'origine socioculturelle ou encore le statut migratoire exposent plus particulièrement certaines femmes à ces violences [25].

Dans cette étude, cette négligence est apparue comme étant la conséquence même de la barrière de la langue, au-delà d'une discrimination raciale. La discrimination raciale est entre autres définie par « tout acte ou pratique qui, au nom d'une particularité physique, de l'appartenance ethnique ou religieuse ou d'une caractéristique culturelle – réelles ou supposées –, discrimine une personne de manière injustifiée, l'humilie, la menace ou met en danger sa vie ou son intégrité corporelle » [26]. Or la langue fait partie intégrante de la culture d'une population. De ce fait, si un traitement différentiel, comme la négligence, est du fait d'une caractéristique culturelle d'une personne, il s'agit de discrimination raciale [27].

Ainsi en découle une autre cause des difficultés rencontrées dans les services de salle de naissance par les sages-femmes interrogées : le manque de confiance envers le personnel soignant. Lorsque les explications ne sont pas données de manière claire, le lien de confiance et l'alliance thérapeutique soignante-soignée ne peuvent s'établir correctement. Ainsi, la barrière de la langue semble être une conséquence directe du manque de confiance de certaines patientes envers les sages-femmes.

De plus, ce manque de confiance peut s'étendre à la médecine occidentale de manière plus générale. En Guyane, on observe parfois un refus de soin de la part des patientes par

crainte pour leur santé ou celle de leur bébé. En effet, elles ont notamment de grandes craintes par rapport à la péridurale. En outre, les explications données lors des consultations ne semblent pas toujours être claires, en lien avec la négligence dans les explications abordées précédemment. Il a également été mentionné que certaines ne répondent pas lorsque la soignante leur demande d'évaluer leur douleur sur une échelle numérique. Nous pouvons alors nous poser la question de savoir si cela est vu comme un problème cognitif de ces patientes ou s'il s'agit d'outils d'évaluation mal adaptés pour ces dernières.

A l'inverse, les patientes Bushinenguées peuvent également être amenées à utiliser leur médecine traditionnelle. En effet, les Noires-Marrons de Guyane pratique le « washi » afin d'aider le cours du travail. Il s'agit d'une préparation à base de plantes, utilisée souvent en cataplasme pour les femmes enceintes [28]. Face à cela, le personnel soignant peut se retrouver en contradiction avec ses propres croyances et valeurs [29]. Ainsi, cela peut accentuer la difficulté à créer l'alliance thérapeutique soignante-soignée. Il est aussi important de mentionner que ces patientes ne sont pas en refus d'être soulagées, elles sont prêtes à accepter d'autres moyens analgésiques comme le MEOPA.

La représentation de l'accouchement par les populations identifiées comme Africaines, Bushinenguées ou encore Haïtiennes a pu mettre en difficultés certaines sages-femmes interrogées. Elles sont décrites comme des patientes moins stressées que les patientes blanches, qui « mentalisent » moins leur accouchement. Elles ont aussi moins souvent recours à la péridurale. Les sages-femmes l'expliquent par l'argument familial : les filles voient leur mères, leurs sœurs accoucher de cette manière, donc elles accoucheront de la même manière. La phrase « tu enfanteras dans la douleur » est aussi revenue de nombreuses fois dans les entretiens. C'est finalement l'argument culturel qui prime ici. Il a déjà été montré que les femmes identifiées comme Africaines sont perpétuellement renvoyées à leur instinct et leur nature. Ainsi, dans ce discours, leur culture prime sur leur psychologie. De ce fait, le risque est d'enfermer ces patientes dans leur culture et d'en oublier la personne singulière dans toute sa complexité [15].

La précarité, les conditions de vie difficiles ou encore les parcours migratoires compliqués justifient aussi la représentation de la douleur différente. De ce fait, elles sont décrites comme des femmes fortes et robustes, endurcies par la vie. Cette description est une idée très retrouvée dans la littérature [21]. On peut rapporter cette caractéristique des

femmes identifiées Africaines ou Bushinenguées à l'histoire coloniale et l'esclavagisme. En effet, ces singularités décrites ne sont pas nouvelles. Historiquement, les accouchements des femmes noires en esclavage sont décrits comme faciles, rapides, et sans douleur [30]. Le piège de ce discours est de minimiser la douleur que ces femmes peuvent ressentir au cours de leur travail. Si on considère les corps des femmes noires comme forts et plus résistants, on pourra alors considérer que ces derniers ont moins besoin d'être soulagés. Une étude de 2015 a également révélé que la moitié d'un échantillon d'étudiant.es blancs et blanches en médecine aux États-Unis croyaient que la peau noire était plus épaisse que la peau blanche, et donc qu'elle pouvait tolérer une douleur plus intense. Cette étude a également confirmé le fruit d'autres travaux sur la croyance que la douleur ressentie par les patient.es noire.es est plus basse, conduisant ainsi des recommandations de traitement moins précises [31].

Une différence notable dans les difficultés face auxquelles les sages-femmes peuvent se retrouver, est la personne par laquelle les femmes sont accompagnées en salle de naissance. En effet, il s'agit principalement de femmes, généralement de la famille (mère, belle-mère, sœur etc.). Ces dernières sont principalement décrites comme aidantes, même s'il arrive dans certains cas qu'elles ne le soient pas. Dans la thèse de Priscille Sauvegrain [15], les conjoints des patientes identifiées comme « Africaines » sont décrits comme absents et exclus de la dyade mère-enfant. Elle évoque différentes analyses possibles, autres que l'aspect purement culturel, pour expliquer ce phénomène. Les soignant.es n'ayant pas forcément une bonne image des hommes « Africains », ceux-ci ne sont peut-être, de ce fait, pas bien accueillis en salle de naissance. De plus, la surreprésentation des femmes dans les services de salle de naissance peut continuer de laisser penser que l'accouchement est une affaire de femmes. Elle ajoute que ce discours est moins émis par les soignant.es pour les couples racisés nés en France ou « plus intégrés », confirmant ainsi le processus de catégorisation évoqué précédemment. Enfin, la dernière piste de réflexion évoquée est que ces hommes s'occupant plus d'emplois précaires, avec des pressions patronales souvent très fortes, ne disposent probablement que peu de temps pour accompagner leurs femmes.

Traitements différentiels retrouvés dans cette étude

Les conséquences principales des difficultés face auxquelles les sages-femmes interrogées se sont vues faire face sont les traitements différentiels des patientes racisées.

Un des principaux traitements différentiels ressorti de cette étude est la prise en charge retardée de la douleur. D'une part, elle est décrite comme imputable aux patientes elles-mêmes : les moyens de se déplacer sont difficiles donc elles arrivent plus tard dans leur travail s'ajoutant aux difficultés de communication liée à la barrière de la langue.

D'autre part, elle est décrite comme imputable à la soignante. Face aux différences d'expression de la douleur chez les catégories de patientes identifiées, on peut se poser la question : existe-t-il un lien de cause à effet entre la catégorisation des patientes et l'attention que l'on peut leur donner dans le soin ? En effet, l'impact que la catégorisation peut avoir sur ces patientes, est de les identifier comme fortes et dans l'auto-gestion pour les patientes Africaines et Bushinenguées ou encore comme exagérant leur douleur pour les patientes Maghrébines ou Haïtiennes et ainsi de ne pas leur apporter l'aide et le soutien adéquats dont elles pourraient avoir besoin lors de leur travail et leur accouchement. En effet, beaucoup de soignantes se retrouvent en difficulté face à une différence culturelle considérée comme immuable [15], [32], notamment dans l'expression de la douleur. Ces préjugés peuvent avoir un impact sur la prise en charge de la douleur chez les personnes racisées de la part du.e la soignant.e. Si la douleur est niée ou non reconnue, alors elle ne sera pas prise en charge par le.e la soignant.e.

De plus, une forte expression de la douleur est un point de difficulté pour certaines soignantes. En effet, par un mécanisme dit de « résonance émotionnelle », la soignante est capable de visualiser la douleur chez son interlocutrice. Cependant, ce mécanisme a des lacunes car il peut donner lieu pour certaines soignantes à « une volonté de fuite ou d'éloignement de celui qui souffre » [33]. Ainsi, la subjectivité de la soignante vis-à-vis de la douleur de la patiente intervient directement dans sa prise en charge. De plus, on voit également que par habitude, les soignantes proposent de manière moins systématique la péridurale aux patientes qui sont identifiées comme n'ayant pas recours à cette dernière.

En outre, ces représentations nous renvoient à la littérature que les biais implicites peuvent également conduire à moins d'attention dans le soin, allant même jusqu'à la violence [34]. La gestion du travail qu'elle soit prévue avec ou sans anesthésie péridurale, si le.e la soignant.e apporte une aide pour rendre plus active la patiente et son.e partenaire, cette dernière aura une meilleure estime d'elle-même. Certaines femmes revendiquent d'ailleurs cet aspect du soin. Au contraire, lorsque le.e la soignant.e n'est pas à l'écoute, que son attitude

est moqueuse, ou encore lorsqu'il.elle est non disponible, la patiente peut alors être plus angoissée face à la douleur et en ses propres compétences. Des témoignages similaires sont retrouvés sur le vécu de l'accouchement. Les patientes décrivent que la position des soignant.e.s sur le vécu de la douleur a rendu l'accouchement plus facile ou au contraire plus violent [35].

Enfin, on peut aussi se demander si le fait que les soignantes disent passer plus de temps avec des patientes Caucasiennes n'est pas lié à une proximité culturelle : il paraît plus facile de passer du temps avec une personne qui nous ressemble et que l'on comprend mieux [29].

Il est intéressant de noter que je n'ai volontairement jamais évoqué le terme de racisme dans mes entretiens, celui-ci a émergé de manière naturelle dans deux entretiens. Il n'a cependant pas été abordé pour mentionner le fait qu'il pouvait exister un racisme dans le soin, mais pour justement dire l'inverse. C'est justement ce qui confirme l'implication des biais implicites dans les traitements différentiels. En effet, même si un individu croit sincèrement qu'il n'est pas personnellement raciste, il est tout à fait possible que ce dernier soit inconsciemment entraîné par des préjugés qui perpétuent ces traitements. En effet, il a été montré que les personnes explicitement racistes ont moins de biais implicites que les autres [20].

Pour pallier à ces traitements différentiels, les sages-femmes interrogées évoquent le besoin d'interprètes pour limiter au maximum la barrière de la langue et les biais de compréhension. Il existe déjà des structures en place mais il faut faciliter l'accès et le promouvoir auprès des professionnel.les. Les sages-femmes questionnées dans cette étude abordent également que le partage d'expérience entre collègues leur permette de mieux s'adapter face aux différences culturelles auxquelles elles peuvent faire face. Cependant, ce point est à double tranchant : il laisse place également à perpétuer des stéréotypes autour des patientes racisées.

De plus, une des solutions qui pourrait être apportée pour réduire les traitements différentiels serait l'évaluation de la douleur de manière plus protocolisée. Ainsi, un protocole incluant une évaluation de la douleur en se basant sur une échelle visuelle analogique (EVA) comme une étape indispensable à toutes les patientes, permettrait de limiter la subjectivité implicite de l'équipe soignante, ainsi que les retards de prise en charge [36].

Pour aller plus loin, une organisation au Royaume-Uni, le Royal College of Surgeons, luttant contre les préjugés inconscients dans son organisation, a mis en place sept étapes à suivre, allant de « la prise de conscience de vos préjugés » jusqu'à « ce que nous disons, peut devenir ce que nous croyons » [37]. En effet, la première étape pour lutter contre ces stéréotypes/catégorisations est de prendre conscience de ces-derniers. Aux Etats-Unis, en 2015, le Bureau de la politique scientifique et technologique de l'administration d'Obama publiait certaines méthodes pour atténuer les biais implicites [37]. Concernant les soins de santé, il est notamment conseillé aux médecins d'apprendre à « individualiser » les patient.es plutôt que de les identifier comme appartenant à un groupe plus large.

5. Ouverture des recherches futures et perspectives

Différents champs abordés dans cette étude seraient à élargir afin de mieux comprendre le problème de traitement différentiel et de les atténuer dans la prise en charge des patient.es racisé.es.

Premièrement, étudier ce phénomène de manière quantitative serait primordial pour lutter contre les discriminations dans le soin. Collecter des données sur les soins de santé et les traitements différentiels pourrait permettre de mettre en place des solutions concrètes dans les différentes institutions hospitalières.

Deuxièmement, il serait intéressant d'élargir le sujet aux autres corps de métier acteur.rices en salle de naissance : médecin, anesthésiste, auxiliaire de puériculture, aide-soignant.e, etc. De plus, étendre cette question aux patientes, issus directement de l'immigration ou leurs filles permettrait d'avoir une vision plus globale de cette problématique.

Pour terminer, il paraît également important d'élargir l'étude à d'autres sujets que la prise en charge de la douleur en salle de naissance. En effet, il a par exemple été rapporté que les maladies sur les corps noirs, notamment en dermatologie, étaient très peu étudiées lors des études de médecine. Mieux enseigner les spécificités de chaque couleur de peau permettrait une fois de plus une meilleure prise en charge individualisée [37].

CONCLUSION

Pour conclure, nous avons pu mettre en évidence dans cette étude différents traitements différentiels lors de la prise en charge de la douleur des patientes racisées en salle de naissance : prise en charge retardée de la douleur jusqu'à la négligence dans le soin. Ces traitements différentiels peuvent avoir un impact direct sur la santé et le vécu de l'accouchement de ces femmes. Pour cette raison, il est primordial de continuer à étudier cette question et de former le personnel soignant à cette problématique, en formation initiale comme continue. En effet, prendre conscience des discriminations raciales intervenantes dans la prise en charge de la douleur dans un premier temps, conduirait à une meilleure prise en charge des patientes racisées en salle de naissance et un meilleur vécu de ces dernières.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] S. N. Raja *et al.*, « The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises », *Pain*, vol. 161, n° 9, p. 1976-1982, sept. 2020.
- [2] D. Le Breton, « Entre douleur et souffrance : approche anthropologique », *Inf Psychiatr*, vol. 85, p. 323-328, 2009.
- [3] A. Klein, « Approches philosophiques de la douleur : pour une éthique du sujet », *Ethique Sante*, vol. 4, n° 3, p. 136-140, 2007.
- [4] C. Melzack, « Sensory, motivational and central control determinants of chronic pain: a new conceptual model. », *The Skin Senses.*, n° June, 1986.
- [5] P. Martin-Mattera, « Le statut subjectif de la douleur : fatalité ou symptôme », *Médecine & Hygiène*, vol. 34, p. 117-123, 2014.
- [6] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, « Évaluation Et Suivi De La Douleur Chronique Chez L ' Adulte En Médecine », p. 124, 1999.
- [7] R. Melzack, « Labour pain as a model of acute pain », *Pain*, vol. 53, n° 2, p. 117-120, mai 1993.
- [8] B. Blondel, L. Gonzalez, et P. Raynaud, « Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. », p. 1-317, 2017.
- [9] P. Hiltunen, T. Raudaskoski, H. Ebeling, et I. Moilanen, « Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 83, n° 3, p. 257-261, mars 2004.
- [10] J. C. Venter, « Remarks at the human genome announcement. », *Funct Integr Genomics*, vol. 1, n° 3, p. 154-155, 2000.
- [11] Mélusine, « «Blanchité», «racisé», «racisme d'Etat» : M. Blanquer, ces concepts sont légitimes dans le débat public », *Libération*, 2017.
- [12] C. Guillaumin, *L'idéologie Raciste*. 1972.
- [13] A. Benazouz, « D'où viennent les mots "souchien" et "racisé" ? », *NéonMag*, 2018.
- [14] G. Ernst, « The Myth of the "Mediterranean Syndrome": Do immigrants feel different pain? », *Ethn Health*, vol. 5, n° 2, p. 121-126, mai 2000.
- [15] P. Sauvegrain, « Différence de traitement et traitements différentiels », *Thèse de doctorat, Université Paris VII*, 2010.
- [16] D. Fassin et J.-P. Dozon, *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Balland. 2001.
- [17] P. Sauvegrain, « Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières », 2019.
- [18] A. Pigné, M. Klein, G. Dirath, et J. Barrat, « L'accouchement de la femme d'Afrique noire en France. Un aspect particulier : la césarienne », *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, vol. 7, n° 13, p. 812-816, 1984.
- [19] P. Sauvegrain, A. Gosselin, L. Bertuzzi, M. Melchior, et L. Kotobi, « La santé des femmes Immigrées en France », *Revue du Haut Conseil de la santé publique*, vol. 111, p. 23-25, juin 2020.
- [20] L. Hamilton Krieger, « Un problème de catégories: Stéréotypes et lutte contre les discriminations », 2008.

- [21] B. Hook, *Ain't I a woman ? Black women and feminism*, Pluto Press. London, 1982.
- [22] A. Roy, C. Sarlat, C. Galey, A. Cavaillé, et A. Lecaron, « Pétition "Pour une naissance respectée ! Une femme = une sage femme" », *Change.org*, novembre 2020.
- [23] P. Berner, « Psychopathologie des migrations », *Encyclopédie médicochirurgicale, Psychiatrie*, vol. Fascicule, p. 1-8, 1967.
- [24] R. Bigot, N. Dallet, et R. Rousseau, « Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire », *Sante Publique (Paris)*, vol. Vol. 31, n° 5, p. 663-682, janv. 2020.
- [25] Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE), « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », *Rapport n° 2018-06-26-SAN-034*, 2018.
- [26] D. fédéral de l'intérieur, C. S. Service de lutte contre le racisme, « Définitions ». 2022.
- [27] M. Cognet, S. Bascougnano, et E. Adam-Vezina, « Traitements différentiels dans les parcours thérapeutiques. Maladies infectieuses : VIH-Sida, tuberculose », *Rapport final de la recherche CNV, DRESS*, 2009.
- [28] M. Sauvain, D. Vernon, M. Fleury, P. Jamet, et R. Daniel, « Système de santé moderne et pratiques traditionnelles de santé chez les Noirs Marrons de Guyane et du Surinam : rapport d'activité », 1988.
- [29] L. Djadaoudjee, « La barrière culturelle dans le soin », *La Revue de l'Infirmière*, vol. 62, n° 195, p. 37-39, nov. 2013.
- [30] E. Dorlin, *La matrice de la race, généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, La découverte. 2006.
- [31] K. M. Hoffman, S. Trawalter, J. R. Axt, et M. N. Oliver, « Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 113, n° 16, p. 4296-4301, avr. 2016.
- [32] M. Cognet et C. Montgomery, *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. 2007.
- [33] N. Danziger, *Le médecin face à la douleur*, 2021.
- [34] J. Handelsman et N. Sakraney, « Implicit Bias », *White House Office of Science and Technology Policy*, 2017.
- [35] A. Evrard, « Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants », *Périnatalité*, vol. 13, n° 3, p. 116-121, 2021.
- [36] M. Brebion *et al.*, « Use of labour neuraxial analgesia according to maternal immigration status: a national cross-sectional retrospective population-based study in France », *Br J Anaesth*, vol. 127, n° 6, p. 942-952, déc. 2021.
- [37] The Royal College of Surgeons of England, *Avoiding unconscious bias : A guide for surgeons*. London, 2016.

ANNEXES

Grille d'entretien

Bonjour, je suis Loubna Chaïr, étudiante sage-femme en 4^{ème} année et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la prise en charge des femmes identifiées comme « étrangères » en salle de naissance, surtout par rapport à la prise en charge et l'accompagnement de la douleur. Le but final est d'étudier si, selon les professionnels, certaines femmes ont des demandes particulières, et d'éventuels soins différenciés.

Auriez-vous un temps à m'accorder pour un entretien ? Vous n'avez pas l'obligation de répondre à toutes mes questions et, bien sûr, cet entretien est confidentiel et le traitement des questions sera fait de manière anonyme.

Pour une restitution la plus fidèle possible des entretiens, car je dois tous les retranscrire pour les analyser, j'ai besoin d'enregistrer notre échange. Me donnez-vous votre accord pour participer à cette étude ?

Question relative au.à la soignant.e interviewé.e

Profession

Nombre d'années d'exercice

Dans quels services de maternité avez-vous travaillé ?

Vous êtes-vous déjà retrouvé en difficulté face à des demandes dues à des différences culturelles en SDN ? Si oui, venant de qui ? Pourquoi ? et comment vous en êtes-vous sorti ?

Quelles sont les origines géographiques (pays de naissance) des femmes les plus fréquemment retrouvées dans votre exercice ?

En opposition à ces groupes, on parlera de femmes dites « Caucasiennes/blanches ». Est-ce un terme que vous employez ?

En fonction des groupes identifiés par le. la soignant.e :

Pour les femmes identifiées comme « ... », notez-vous des différences avec les femmes identifiées comme « Caucasiennes/blanches » :

- Dans leur manière de gérer la douleur ?
- Dans leur résistance à la douleur ?
- Dans leur recours à la péridurale ?
- Recours à d'autres modes d'analgésie ?
- Dans votre accompagnement et la communication ?
- Avez-vous noté d'autres différences notables en SDN pour ces patientes ?

Si groupe des femmes identifiées comme « Africaines » pas amener par le. la soignant.e :

Lors de mes stages, j'ai remarqué que dans les services de la maternité, on entend souvent parler de femmes « Africaines ». Est-ce un terme que vous utilisez ? Pour parler de qui ?

Si nécessaire : Ceci inclut-il pour vous les femmes nées en Afrique du Nord ? Les « africaines » désignent-elles aussi pour vous des jeunes femmes nées en France de parents nés en Afrique Subsaharienne ?

Expliquez-moi ce que cela veut dire pour vous.

Pour vous que veut-dire le « syndrome méditerranéen » ? Y avez-vous déjà été confronté ?

Si non : Il s'agit d'une formule considérant que les personnes racisées exagèrent leurs symptômes comme la douleur.

Pensez-vous globalement qu'il existe des soins différenciés pour ces patientes ? Ou des accompagnements différents ? ou une manière différente de les conseiller dans leurs choix ?

Pensez-vous que certain.e.s de vos collègues traitent différemment certaines de ces patientes lors de la prise en charge de leur douleur ?

Entretiens

Enquêtrice

Sage – Femme

Entretien 1

Ca fait combien de temps que tu exerces ?

Euh depuis juillet 2019.

Et tu as travaillé dans différents services, dont la salle de naissance ?

Donc salle de naissance, suites de couches, consultations, dans un hôpital de niveau 1 uniquement.

Ok ça marche. Et là en ce moment tu travailles en salle de naissance ?

En fait, on fait les 2, on est polyvalentes. Donc on est autant en salle qu'autant en suite de couche.

Ok. Euh, donc moi, ça va surtout se concentrer sur l'exercice en salle de naissance. Euh, et notamment pour les patientes avec des différences culturelles par exemple, est-ce que toi tu t'es déjà retrouvée en difficulté face à des demandes de patientes, justement liées à ces différences culturelles en salle de naissance ?

Alors, tu parles de quoi ? En termes de langage ? De difficulté de compréhension ?

Ça peut être difficulté de compréhension, ça peut être dans la manière de s'exprimer, enfin, ça peut être plein de choses.

Des différences de pratique également ?

Aussi !

Alors, différences de pratiques, pas tant que ça, par contre des difficultés avec la barrière de la langue, oui. Forcément, on a une grosse population étrangère, donc oui, il y a eu des choses où on arrivait pas du tout à se comprendre.

Ouais, par rapport à la communication. Et ça venait de quelles patientes, de quelles origines ?

Souvent, c'est l'Afrique du Nord, l'Afrique centrale. Plutôt l'Afrique centrale.

Ok. Et euh, et comment de ces situations, t'arrives à t'en sortir ?

Alors, soit on a la chance qu'il y ait quelqu'un qui parle un minimum français avec elle. Soit, bah c'est uniquement par des gestes, et elles essayent de nous faire comprendre. Après, en l'occurrence, en salle de naissance, elles essayent surtout de nous dire qu'elles ont mal, donc bon bah ça, c'est plutôt facile. Euh, ou enfin voilà, comment va leur bébé, est-ce qu'elles peuvent avoir leur bébé, enfin voilà. C'est quand même des choses assez simples. C'est pas... je trouve que c'est quand même moins compliqué en salle de naissance qu'en consultation par exemple. Ou en consultation, c'est des dialogues qui sont beaucoup plus longs, il y a vraiment une grande information à, euh, délivrer. En salle de naissance, c'est un peu plus facile parce que souvent elles arrivent, elles ont mal, c'est des patientes qui accouchent généralement vite. Euh, donc voilà, c'est plus restreint.

Ok. Et euh, les différentes origines géographiques du coup, tu disais qu'il y avait des femmes d'Afrique du Nord, d'Afrique centrale que tu rencontres principalement ?

Bah surtout, je pense au guinéennes en fait. Guinéennes, soudanaise, euh ouais, ça va être les deux origines qu'on a le plus en tous cas.

Du coup, en opposition à ces groupes, moi je vais parler des femmes caucasiennes ou blanche. Je sais pas si toi tu as l'habitude d'utiliser ces termes-là ? Ou si tu utilises autre chose comme terme.

Oui oui oui, bien sûr.

Euh, et donc par exemple, pour les femmes guinéennes, est-ce que toi tu notes des différences en comparaison avec les femmes caucasiennes, par exemple dans la manière de gérer la douleur ?

De moi ? ou ce que moi je fais ?

Ce que tu observes par rapport à ces patientes-là. Est-ce que tu as observé des différences sur leur gestion à elle de la douleur ?

Ah sur leur gestion à elle ! Ok, d'accord. Euh, pfff, (pause), oui et non. Euh, je pense par exemple aux multipares qui arrivent, les Soudanaises ou les Guinéennes qui ont accouché parfois au Soudan ou en Guinée plusieurs fois sans péridurale. Forcément, elles n'ont pas la même gestion de la douleur qu'une primi caucasienne qui arrive et

qui voilà. Euh, après, de là à dire qu'il y a une gestion différente, oui je pense mais je ne saurais pas comment te l'expliquer concrètement. C'est plus un ressenti, après, est-ce que c'est parce qu'elles s'expriment moins ? Ou alors qu'elles ont moins la possibilité de s'exprimer ? Je sais pas.

Ok. Et dans leur résistance à la douleur ? Leur recours à la péridurale aussi ? C'est un peu ce que tu disais aussi...

Ouais, j'ai l'impression que c'est acquis, c'est comme ça. Elles enfanteront dans la douleur, pour le coup. Et, euh, c'est acquis et elles n'ont pas le choix. Ouais, si si complètement.

Euh, et aussi des recours à d'autres modes d'analgésie ? Est-ce que quand elles n'ont pas recours à la péridurale, t'as l'impression qu'elles ont recours à d'autres modes, qu'elles sont demandeuses de certaines choses.

Non, elles refusent quasiment tout le temps le masque... Enfin le MEOPA, par exemple. Euh, non ça sera comme ça en fait.

Ok, ok. Et est-ce que t'as déjà noté d'autres différences en salle de naissance, dans la gestion de la douleur avec ces patientes-là ?

Hum non, pas spécialement.

Ok. Il y a un terme que j'ai beaucoup entendu dans mes différents stages qui est le terme de femmes « Africaines ». Est-ce que toi c'est un terme que tu utilises ? Et pour parler de qui ?

Non, pas spécialement. Euh, non, non, généralement quand on parle d'une personne, on va dire d'où elle vient. Parce ce n'est pas trop compliqué, c'est Guinée ou Soudan. Euh, mais « patientes africaines » non... Je... Surement je l'ai entendu mais moi je ne l'utiliserai pas en tous cas.

Ok, ok. Euh est-ce que t'as déjà entendu parler du syndrome méditerranéen ?

Oui... Bien sûr ! (rires)

Est-ce que tu y as déjà été confronté ? Qu'est-ce que tu peux me dire là-dessus par rapport à ton exercice ?

Alors, confronté, euh, je trouve que c'est quand même un gros préjugé. Mais oui, on va facilement dire « ah bah de toutes façons c'est le syndrome méditerranéen ». Euh, après, je trouve qu'on ne prend pas forcément, tu vois, j'ai peur qu'on se dise « tu vois c'est un syndrome méditerranéen », donc on va pas prêter attention à sa douleur. Pour exemple, une fois, je vais aider une collègue en suites de couches et elle m'a dit « tu verras, cette patiente (bon pour le coup c'était une césarienne donc euh, en suites de couches) est douloureuse, mais bon, c'est le syndrome méditerranéen, je n'arrive pas à la soulager ». Donc moi, je suis partie avec cette idée de « elle n'a pas vraiment mal ». Et en fait, au milieu de ma garde, je me suis dit, est-ce que quand même, elle n'a pas vraiment mal. Donc j'ai poussé les investigations et au final, il n'y avait rien de plus, pas d'occlusion ou quoi. Mais quand même pendant toute la garde, je me suis dit, si je n'arrive pas à la soulager c'est parce que c'est le syndrome méditerranéen. Donc tu vois, j'aurais pu, je pense, passer à côté de quelque chose, euh, parce que je suis partie sur ça. Donc euh, je pense qu'on s'arrête un peu trop sur ça et on pousse les investigations et on est peut-être un peu moins à l'écoute malheureusement.

Et est-ce que tu penses que de manière globale, il existe des soins différenciés pour ces patientes-là justement ? ou des accompagnements différents ? Euh ou une manière aussi différente de les accompagner dans leur choix ?

Euh, pfff, c'est terrible ce que je vais dire, mais je pense que oui... malheureusement je pense que oui, on prête moins attention à ces personnes-là. Que ce soit à cause de la barrière de la langue ou bah parce que voilà, c'est le syndrome méditerranéen donc on y prête pas attention. Ouais...

Et est-ce que toi du coup, tu avais ce témoignage-là, est-ce que tu penses à avoir déjà été témoin ou vu d'autres collègues par exemple qui traitaient différemment une patiente, avec des biais implicites, lors de leur prise en charge de la douleur ?

Non, non, quand même pas, je ne pense pas. On reste quand même toujours très bienveillant, euh, donc non non, je ne pense pas.

Ok, est-ce que tu avais d'autres choses à me dire sur ce sujet-là ? d'autres choses qui te viennent en tête par rapport à ces patientes-là et comment on les accompagne dans le travail, l'accouchement ?

Euh non non pas spécialement... Après, euh, tu vois quand j'ai lu ton mail, je me suis dit qu'est-ce qu'on pourrait faire pour justement améliorer cette communication, et même cette prise en charge ? Et en fait, hormis avoir des traducteurs systématiquement sur l'hôpital disponibles bah...ou alors il faudrait qu'on apprenne toutes les langues étrangères, et là on serait au top ! Mais sinon, en fait, c'est que c'est tellement difficile de communiquer avec des patientes qui parlent pas du tout un mot de français... Alors on a aussi beaucoup recours au google traduction avec, voilà, le haut-parleur et tout ça, mais ça reste des questions fermées en fait. On ne peut pas leur poser une question ouverte, parce qu'elles ne seront pas capables de répondre en fait... Donc non, je trouve que c'est très intéressant et effectivement faut pousser les recherches en fait.

Et tu penses que ces soins différenciés là, ils interviennent auprès de patientes étrangères, qui ne vont par exemple pas parler français, mais est-ce que tu penses que ça peut aussi impacter des patientes identifiées comme étrangères, qui sont en fait être des femmes racisées, française par exemple ?

Alors moi, je le sens pas comme ça dans mon expérience. Je n'ai pas l'impression d'avoir déjà vu des choses comme ça. Et personnellement c'est sûr que je ne le ferai pas. Non... en tous cas je n'ai jamais vu vraiment de pur racisme dans les soins. Ça par contre c'est sûr.

Ok. Et bien t'as répondu à toutes mes questions (rires)

Eh ben super ! (rires)

Merci beaucoup !

Entretien 2

Du coup, je ne sais pas si tu avais bien compris pour l'entretien, c'était, voilà, pour discuter un petit peu de la prise en charge des femmes identifiées comme « étrangères » en salle de naissance. Et euh... voir si selon les professionnelles, il peut y avoir des demandes particulières ou des soins différenciés qui existent en fonction des professionnelles qui les prennent en charge. Donc du coup toi t'es sage-femme, ça fait combien de temps que tu exerces ?

Euh, 8 ans. Euh 7, excuse-moi ! (rires)

(rires) 7 ans ok. Et dans quel service tu as déjà exercé ? T'as déjà exercé en salle de naissance ?

Salle de naissance, consultation, grossesse patho, j'ai un fait un peu de gynéco à l'époque et puis SDC

Ok, ok. Du coup-là, on va se concentrer plus en salle de naissance parce que moi c'est plutôt sur la prise en charge de la douleur en salle de naissance. Est-ce que toi, tu t'es déjà retrouvée en difficulté face, par exemple, à des différences culturelles, euh, en SDN ? Ça peut être plein de choses, ça peut être la langue comme ça peut être des comportements, des attitudes. Est-ce que tu as déjà été en difficulté par rapport à ça ?

Alors sur les difficultés, on va dire peut-être avec une barrière de la langue où il est difficile de discuter avec une patiente. Après je ne relève pas d'autres difficultés notables.

D'accord. Et ça venait de quelles patientes principalement et comment tu t'en sortais dans ce cas de figure, avec la barrière de la langue par exemple ?

Alors, parfois l'anglais peut sauver. C'est pas la majorité, loin de là. Hum, après bah les gestes, euh, il m'est peut-être arrivé une ou deux fois d'utiliser les traducteurs sur google trad et compagnie. Euh, j'ai pu aussi faire avec des interprètes où là c'est beaucoup plus « facile » même s'il y a un retard du fait de la traduction et tout ça. Euh, qu'est-ce que j'ai pu faire d'autre, non je pense que c'est globalement ce que j'ai pu faire. J'ai pas souvenir d'avoir dessiné ou des trucs comme ça, non, je pense pas non... (rires)

(rires) Ok. Et c'était des patientes originaires d'où principalement ?

Alors, euh, dans mes souvenirs, je te dirai Europe de l'Est, euh, pourtour méditerranéen, Afrique ; peut-être Chine mais euh, je pense pas plus. Parce que Amérique, elles parleront anglais et espagnol et ça je peux me débrouiller donc je pense que c'est essentiellement ces zones-là.

D'accord. Euh, et toi dans ton exercice en salle de naissance, est-ce qu'il y avait des patientes d'origines géographiques particulières que tu retrouvais fréquemment ? Et si oui, lesquelles du coup ?

Alors, ici, on a une grosse population, notamment, nos patientes guinéennes. Alors euh, il y en a beaucoup qui sont là depuis longtemps qui vont dépatouiller le français et qui vont voilà. D'autres qui sont plus récentes, donc là, c'est plus difficile pour ce qui est de voilà, la compréhension ou autre. Euh, surtout que c'est des patientes qui sont souvent assez discrètes et notamment sur le point de leur douleur. Et donc ce qui fait que c'est pas toujours évident de, euh, savoir un peu où elles en sont. Alors, mine de rien, elles, comment dire, euh, au fur et à mesure, on comprend qu'il y a des signes qui font dire que, voilà, les choses sont en train de se préciser, tout ça, on arrive à analyser ces signes-là.

C'est quoi les signes dont tu parles ?

Eh ben, je sais pas, par exemple, une patiente guinéenne va beaucoup, alors guinéenne ou d'autres origines africaines, moi beaucoup Guinée en tête mais, euh, vont beaucoup prier au cours de leur accouchement. Et euh, les intonations qu'elles peuvent utiliser au cours de leur prière peuvent indiquer un peu où elles en sont. Euh, les façons de gérer la douleur, c'est des patientes qui vont pas beaucoup crier mais qui vont par exemple utiliser

beaucoup le clapotis (bruit de clapotis), des choses comme ça. Et euh, ça aussi c'est des signes, enfin pour moi, c'est un signe qui me fait dire que voilà, il y a des choses qui se passent. Après, est-ce que je sais le traduire à chaque fois ? Non, j'en sais rien. Mais en tous cas c'est des signes auxquels je prête attention.

Et c'est des signes que tu as appris à identifier ?

Alors après entre collègues aussi, on discute aussi d'expérience, ou autre, voilà. Quand on est avec une sage-femme plus âgée qui dit « ah, il y a le clapotis, ça, ça veut dire que ça s'accélère » bon bah on écoute et voilà, on fait, voilà...

Ok, donc ouais, au niveau, euh, en opposition au groupe par exemple des patientes guinéennes, je parle des femmes caucasiennes ou blanches, est ce que c'est un terme que, toi, tu utilises ou si tu utilises un autre terme par exemple ?

Je sais pas ce que j'utilise comme terme, je sais pas, j'en sais rien... (rire)

Et du coup par rapport aux femmes caucasiennes, par exemple, donc tu disais, il y avait des différences en termes de gestion de la douleur et d'expression de la douleur. Est-ce que tu as notifié aussi, une différence de résistance à la douleur par exemple ?

(pause) Euh, alors peut-être, ou alors, une gestion de la douleur en fonction de l'acte qui est fait. Euh, je reviens par exemple sur la patiente d'origine africaine, l'accouchement, elle va très peu s'exprimer mais par exemple une pose de perf, souvent c'est des patientes qui sont un peu expressives. Alors que je pense, alors j'en sais rien, mais comparer la douleur d'une perfet d'un accouchement, c'est pas peut être pas exactement la même. Donc je pense que culturellement, s'il y a une certaine idée autour de l'accouchement ou, alors je sais pas si c'est le « tu enfanteras dans la douleur », j'en sais rien hein, mais, où la douleur est plus acceptée sur certains actes.

Ok. Et par rapport justement à leur recours à la péridurale aussi, est-ce que tu as noté une différence ?

(pause) Alors, euh, eh ben, je suis pas aussi tranchée, parce que je dirai que beaucoup veulent accoucher sans péridurale parce que, euh, beaucoup ont déjà accouché sans péridurale en Guinée ou autre, et donc, euh, c'est des accouchements qui sont parfois souvent rapides, souvent voilà. Mais, euh, il y en a aussi beaucoup qui demandent à l'avoir. Alors après, euh, je pense que, euh, certaines croyances aussi autour de la péridurale, sur de potentiels risques, sur, euh, le risque d'handicap, on l'entend encore un peu, tout ça freine. Mais au final, euh, arrivé le jour J, savoir qu'il y a une proposition pour pouvoir gérer cette douleur-là, je pense que certaines changent d'avis un peu au dernier moment. Mais, euh, je sais pas, c'est mon interprétation.

Ok. Mais tu vois pas de grosses différence finalement, ça dépend un peu des patientes individuellement.

Bah ouais, et puis, tu vois, aussi du rythme de l'accouchement hein. Fin, voilà (rire), parfois, on n'a pas le temps de leur poser la question non plus !

Ouais ! Parce que c'est des accouchements qui sont rapides ou parce que c'est des patientes qui viennent plus tard au moment de leur travail quand tu dis qu'on a pas le temps de leur poser leur péridurale ?

Bah j'en sais rien... Euh, moi je dirai, accouchement rapide. Après, c'est pas des patientes qui ont aussi souvent la possibilité de se déplacer. Euh, dans le sens, où très peu ont le permis, donc vont venir en bus, ou utiliser les pompiers par exemple, et euh bah inévitablement, il y a un retard entre bah l'appel au SAMU, la régulation, euh, voilà. Mais euh, je sais pas, j'en sais rien... Mais des patientes, alors je suis toujours sur guinéennes parce que c'est vraiment la communauté qui me marque beaucoup ici, euh, je pense que j'en ai vu aucune venir avec sa propre voiture et... voilà.

Oui ok. Donc ce qui peut aussi retarder l'arrivée et, ouais... Ok. Et euh, une différence aussi à des recours à d'autres modes d'analgésie, autres que la péridurale, est-ce que t'as des choses qui te viennent ?

Non... Non pas particulièrement. Tu penses par rapport à quoi ? Au MEOPA ? Est-ce que c'est des patientes qui vont être demandeuses de MEOPA ?

Oui par exemple ! Ou même d'autres modes d'analgésie, pour elles, la position, différentes choses qui peuvent les soulager autres que la péridurale. Est-ce qu'il y a une différence de, euh, ouais, de leur demande par rapport à ça ?

Bah je pense qu'en fait, elles, euh, alors, euh, pareil, interprétation de ma part, je pense qu'elles ne se donnent pas non plus le recours de pouvoir faire autre chose. Je pense que c'est une part de culture, où voilà, les femmes qui racontent leurs accouchements en Guinée, euh, on n'a pas très envie d'accoucher là-bas quand même... Souvent, c'est un peu, l'abattoir, où elles sont plusieurs dans une salle, il y a juste un rideau qui sépare, elles sont strictement allongées sur une table en carrelage, et euh, surtout faut pas trop crier, et puis on fait vite quoi. Donc je pense qu'on ne leur donne pas la possibilité non plus, ou elles ne se rendent pas compte qu'elles ont la possibilité de faire un peu autrement. Voilà, parce qu'inévitablement, c'est souvent des communautés qui sont très soudées, et des gens qui restent un peu, bah voilà, communauté guinéenne, est-ce que c'est des gens qui se

mélangent beaucoup ? Je sais pas, mais voilà, il y a aussi la barrière de la langue, qui fait que. Et donc, il y a peut-être un espèce d'entretien aussi là-dedans où, voilà, en Guinée on accouche comme ça, moi j'ai accouché comme ça, ta sœur a accouché comme ça, ta mère a accouché comme ça, ta belle-sœur, ta belle-mère, tout ce que tu veux... Donc toi aussi, t'accoucheras un peu comme ça quoi.

Ok, ouais. Euh, est-ce qu'il y a d'autres différences notables en salle de naissance par rapport à la douleur ou, euh, tu penses qu'on a fait le tour par rapport aux patientes guinéennes par exemple ?

(pause)

Que ce soit même toi, dans ton approche aussi à ça ? Est-ce que t'as l'impression d'avoir, que ce soit par rapport à l'accompagnement ou à la communication aussi hein bien sûr, remarqué des différences par rapport à ça ?

(pause) *A part sur la difficulté de langage... Après euh, non, enfin, je, en tous cas, il n'y a rien qui me vient en tête particulièrement.*

Ok. Souvent, pendant mes stages, j'ai entendu parler de patientes « Africaines ». Est-ce que toi c'est un terme que tu utilises ? Et qui tu englobes dans ces patientes-là ?

« Africaines » ? Alors, je pense que, oui, je peux utiliser ce terme « africaines ». Euh, et je pense que je parlais beaucoup, dans ma tête, euh, les patientes africaines, c'est les patientes d'Afrique un peu centrale. Euh, les patientes d'Afrique du Nord, je vais utiliser peut-être le terme « méditerranéenne », plus que le terme « Africaine ». Ou « maghrébine ».

D'accord, ok. Et est-ce que tu inclus, euh, pour toi c'est des femmes qui sont nées en Afrique et qui sont venues en France ou ça peut aussi être des femmes d'origine par exemple d'Afrique centrale mais qui habitent en France ? T'inclus quoi dans ce groupe de patientes ?

Essentiellement les patientes qui sont nées en Afrique et qui ont immigrées en France. Voilà. (pause) Euh ah oui, alors, est-ce qu'après, une femme guinéenne qui est née en France, donc qui est française, est-ce que je vais dire, ben, peut-être, je sais pas en fait... Parce que des femmes guinéennes nées en France, j'en ai pas vu beaucoup ! Donc je sais pas quel terme j'utilise, je sais pas. Joker ! (rire)

T'as le droit ! (rire) Et tu parlais aussi du coup de patientes maghrébines ou méditerranéennes, c'est des patientes que tu as rencontrées beaucoup en salle de naissance, pas forcément ici hein, dans ton exercice en salle de naissance, voilà...

Oui oui bien sûr ! Euh, bah oui, quand même assez régulièrement, parce que c'est pareil, il y a une grande communauté maghrébine, euh, ici. Donc euh, oui un petit peu. Un peu de patientes aussi, euh d'autres zones aussi, par exemple syrienne. Quand il y a eu toute la vague d'immigration tout ça... Euh, essentiellement, je pense à ça en fait... voilà.

Et pour les patientes maghrébines ou méditerranéennes, elles dans leur manière de gérer la douleur, quelles sont les différences que tu peux noter par rapport à des femmes caucasiennes par exemple ? S'il y en a !

Ouais, euh, les patientes que j'ai pu rencontrer étaient pour le coup plus craintives de la douleur. Euh, et l'exprimaient beaucoup plus. Et pour le coup, je pense que c'est des patientes qui ont recours à la péridurale plus facilement en fait. Enfin, péridurale ou n'importe quel type d'analgésie... mais qui demandent à être prises en charge plus rapidement, enfin, plus rapidement... voilà. Ou qu'on a envie de prendre en charge plus rapidement aussi, parce qu'il y a une certaine expression, qui font que pour l'aider, on a peut-être envie d'aller un peu « plus vite ».

Et pareil, dans le recours à la péridurale, c'est ce que tu disais et d'autre mode d'analgésie, est-ce que tu as remarqué autre chose ou pas ? Dans leur posture, dans leur demande de MEOPA, je sais pas...

Non, je crois pas...

Ok. Est-ce que tu as déjà entendu parler du syndrome méditerranéen ?

Oui !

Pour toi ça veut dire quoi le syndrome méditerranéen ? Comment tu le définirais ?

Pour moi le syndrome méditerranéen, c'est cette expression à la douleur qui, dans certains cas, paraît presque exagérée. Alors après, c'est vrai, c'est une façon de communiquer sa douleur. Mais, euh, ouais voilà, pour moi c'est ça le syndrome méditerranéen. Une façon d'exprimer sa douleur de façon très expansive, euh, chez des patientes d'origine du pourtour méditerranéen. Parce qu'on ne parlera pas de syndrome méditerranéen sur une patiente allemande par exemple. Fin voilà, c'est pas... voilà.

Et donc toi, tu y as déjà été confronté à ça ?

Ouais, je pense que ça m'ait même déjà arrivé de dire « je pense qu'il y a un petit syndrome

méditerranéen derrière ». Je, ouais, je pense que c'est un terme que j'ai utilisé aussi.

Ok. Et est-ce que tu penses qu'il peut exister des soins différenciés pour ces patientes ? C'est-à-dire, même par des biais implicites, ou des accompagnements différents, des soins différents, est-ce que tu penses que ça existe dans cette prise en charge de la douleur, une manière différente de les conseiller dans leur choix par exemple ?

(pause)

Est-ce que c'est des choses que tu as pu remarquer ?

Dans la sens où la prise en charge serait différente pour ces femmes-là ?

C'est ça ! Est-ce que tu penses qu'il y a une prise en charge qui peut être différente ? Ou non ? Par rapport à toutes ces différences qu'on a évoquées, tu vois, la gestion de la douleur, l'expression de la douleur, sur l'interprétation que nous on peut avoir aussi...

Bien sûr. Euh, (longue pause), bah j'ai envie de te dire peut-être oui, mais après comment, je sais pas. Parce qu'on a aussi « un protocole » au niveau de la douleur qui est quand même assez bien établi ici, donc ce qui fait qu'on n'a pas non plus une souplesse qui est si démesurée. Euh, donc effectivement face une femme qui exprime davantage sa douleur, on va avoir tendance à, euh, l'accompagner ou l'aider au mieux. Après, on a quand même nos limites aussi. Donc, euh, en fait j'ai envie de te dire que oui, peut-être on a envie de la prendre en charge autrement mais en fait, on peut pas réellement le faire. Voilà.

Ok. Mais ça va surtout en fait être dans l'interprétation de l'expression de la douleur et de ce que tu peux faire par la suite... Et est-ce que t'as déjà été témoin d'autres collègues qui pouvaient avoir des traitements différentiels sur ses patientes là ? ou non ?

Pas particulièrement... Ou alors j'ai pas de souvenir, là, particulier à te raconter.

Ok, d'accord. Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu veux rajouter par rapport à ça, par rapport à différentes personnes que tu as pu voir en salle de naissance, dans leur prise en charge de la douleur ou c'était bon pour toi ? D'autres choses qui te viennent en tête ?

Pas particulièrement, non...

Bah merci beaucoup de t'être portée volontaire, c'est chouette !

Et bah de rien ! J'espère que ça t'aidera.

Entretien 3

Du coup oui, donc je sais pas si t'avais bien compris le sujet de mon mémoire mais voilà c'est pour voir s'il existe des différences culturelles dans l'expression de la douleur par exemple et de voir s'il peut exister par rapport à ça des traitements différentiels de la part des soignants, que ce soit par des biais implicites ou non hein, bien sûr. Pour voir si on peut avoir une meilleure prise en charge de ces patientes-là, s'il existe ce traitement différentiel et voilà.

Ok.

Donc toi t'es sage-femme, t'exerces depuis combien de temps ?

Ça va faire 10 ans.

Et du coup t'as travaillé dans différents services de maternité, t'as travaillé en salle de naissance aussi ?

Ouais j'ai fait les deux, en début de carrière j'ai fait 3 mois en gynéco de nuit où j'avais essentiellement de la suite de couche et après j'ai fait que le [nom de la maternité]. Et en alternant cours de prépa, suites de couches, salle de naissance et un peu de consult'.

Ok, et est-ce que toi euh, donc moi je me concentre surtout sur la salle de naissance du coup, sur la prise en charge de la douleur en salle de naissance. Est-ce que toi tu t'es déjà retrouvée en difficulté face justement à des différences culturelles en salle de naissance ? Peu importe ce que peuvent être les différences culturelles...

Euh, difficultés c'est pas le mot que j'emploierai par contre effectivement t'as des patientes qui peuvent être plus compliquées à prendre en charge dans le sens où euh, on a pas l'habitude en France que les femmes s'expriment énormément. Après c'est pas toujours le cas, c'est pas forcément à 100%. Et je parle en France mais surtout en métropole, moi j'ai fait un stage à Mayotte, on accouche beaucoup de mahoraises, elles vont beaucoup plus s'exprimer aussi donc c'est des choses qu'on n'a pas forcément l'habitude de gérer, par contre j'ai l'impression que dans mon activité je fais aucune différence. En plus on a la chance de pouvoir faire des péri précoces, et je vais avoir tendance en fait à mettre une péri surtout à des patientes que je trouve euh.. Qui s'expriment beaucoup

je vais avoir envie de les soulager parce qu'en fait je n'arrive pas à faire la différence de : est-ce que c'est culturel, est-ce qu'elles ont véritablement mal ou est-ce que c'est leur manière de s'exprimer et de gérer la douleur ?

Ok, et du coup toi dans ton exercice, c'est quelles origines géographiques principalement que tu retrouves ?

En vrai euh... Moi ça va surtout être des Mahoraises, donc des Françaises. Euh, certaines Maghrébines, oui. Mais aussi quand même pas mal de françaises hein, de métropole. Après en fait ce que je me dis mais je te dis ça avec 10 ans d'expérience, c'est que t'as des femmes qui s'expriment et t'en as qui ne s'expriment pas. C'est comme ça. Tu vois j'ai encore fait un accouchement sans péri cette nuit, elle était française et elle a hurlé. J'en ai fait une y a deux jours, c'était une Française et elle n'a pas pipé un mot. Comme quoi...

C'est pas du 100%.

Ah ouais. Si la population asiatique j'aurais tendance à dire, euh, qu'elles sont plutôt silencieuses.

Du coup, en reprenant par exemple les différentes catégories de femmes que tu m'as citées, par exemple il va y avoir les mahoraises, les maghrébines ou les asiatiques que tu as pu rencontrer au cours de ton exercice, en opposition à ça je parle des femmes blanches ou caucasiennes. Je sais pas si c'est un terme que tu utilises ?

Ouais ouais, ouais caucasienne ouais.

Et par exemple pour les femmes identifiées comme mahoraises, Est-ce que toi tu notes des différences dans leur gestion de la douleur ? Donc ce que tu me disais c'est que c'est pas du 100% mais qu'elles avaient tendance à plus s'exprimer c'est ça en termes de douleur ? Ça va être leur manière de gérer la douleur, qu'est-ce que tu pourrais en dire ?

Après je pense qu'elles ont véritablement mal mais tu sais euh... C'est très compliqué parce que moi en plus ayant bossé à Mayotte je sais qu'elles ont quand même un culte de la religion extrêmement important. Et elles vont invoquer les dieux, ça ça me fait peur ! (rires) En fait souvent quand elles font ça c'est que soit elles vont accoucher, soit qu'il va y avoir une merde. Mais ça c'est mon expérience perso quoi. Donc euh moi je vais vite avoir tendance à leur proposer ou un nubain ou euh le bain ou une péri pour essayer de les soulager. Mais souvent quand même, quand elles viennent, elles sont souvent en travail, elles ne viennent pas pour rien quoi. C'est vraiment des... Elles ont mal, elles sont douloureuses quoi. C'est pas le... Ou alors y a une dystocie mais c'est pas la ptite.. Elles viennent pas ou peu.. Ou alors parce qu'il y a quelque chose derrière, quelque chose familial, des violences etc... Ou une fatigue extrême avec le nombre d'enfants sur des douleurs ligamentaires et elles disent : "moi j'en peux plus hospitalisez moi" mais dans ce cas là elles le verbalisent euh... ouais. Je je.. T'façon, après t'as envie de les soulager quoi.

Ouais ok, et dans... .

Psychologiquement...

Et dans leur résistance à la douleur ?

Je pense que c'est pareil. Bin la pour le coup je fais aucune différence sur n'importe quelle femme. En plus moi je n'ai encore jamais accouché. En plus tu ne peux pas, enfin je pense, t'essayes de comprendre, ça à l'air de faire super mal... (rires)

Ça a l'air, ça a l'air ! (rires)

Tu vois ce que je veux dire, donc en plus, tant que tu ne l'as pas vécu toi-même il faut que tu écoutes toutes les douleurs qu'elles soient complètement différentes. S'il y a un truc que j'ai appris avec l'expérience c'est que tu peux avoir une douleur physique mais la douleur elle n'est pas forcément que physique non plus quoi. Donc euh... Il faut trouver le truc pour soulager la dame. Que ce soit juste parler, parce que des fois en fait c'est juste parler hein, s'asseoir au bord du lit puis la patiente se met à pleurer... Ou autre. Ça peut être un placebo, en fonction de ce que la patiente va dire tu peux lui sauver la vie avec un suppo de Spasfon.

Et du coup par rapport à ça, toujours par rapport à ces femmes mahoraises, Est-ce que tu vois des différences dans leur recours à la péridurale ou bien à d'autres moyens d'analgésie ? Est-ce qu'elles vont être demandeuses d'autre chose ? Ce dont tu parlais ?

La péri, sachant qu'à Mayotte la péri c'est quand même... Elles arrivent généralement elles accouchent. Donc elles ont leur mère leurs sœurs leurs cousines euh... Qui n'ont pas forcément cette chance là et elles, elles savent qu'elles peuvent avoir recours à la péri. Le seul truc qu'elles ne veulent pas c'est d'avoir une césarienne donc c'est complexe. Donc elles ont tendance à dire euh... "si je peux l'avoir je la veux bien" mais ce n'est pas forcément hyper tôt.

Ok, mais principalement recours à la péri et pas à d'autres ?

Ouais.

Et toi tu notes aussi une différence dans ta manière de les accompagner et de communiquer avec elles ?

Je ne pense pas. Après y en a certaines qui mettent une barrière quand elles ne parlent pas ou pas très bien français. Donc ça c'est compliqué parce que tu parles 'fin... Quand tu ne peux pas t'exprimer avec les mots et que tu ne comprends pas forcément la douleur de la patiente c'est plutôt complexe, alors des fois elles vont pas te répondre. Mais tu vas dire "bin.. Faut que tu me dises..." - parce que moi j'ai tendance à les tutoyer parce que c'est comme ça que ça se passe là-bas. - "faut que tu me dises ce que tu ressens parce que moi je ne peux pas comprendre en fait". T'sais des fois elles vont être fermées, alors Est-ce que c'est parce qu'il y a un souci avec leur conjoint parce qu'il est là ? Est-ce que ? Tu peux te poser dix mille questions. Et des fois elles ne parlent pas très bien français. Alors ça parfois c'est compliqué.

Ouais au niveau de la barrière de la langue aussi ?

Ouais.

Ok, Est-ce que tu avais d'autres différences par rapport aux femmes caucasiennes par exemple pour ces femmes mahoraises que tu as notifiées par rapport à la gestion de la douleur en salle de naissance ?

Alors là pour le coup, elles savent qu'elles ont la péri et qu'elles ont des droits. Et elles vont être plus "cash pistache" quoi. Ça va être euh... Et je trouve que les caucasiennes vont avoir cette espèce des fois de ... d'idéalisme de projet de naissance, de je veux pas de péri et tout et puis qui en fait arrivent à un doigt, qui sont au bout de leur vie et elles pour le coup n'ont pas une très bonne gestion de la douleur alors que par exemple les mahoraises qui savent comment ça peut se passer vont mieux gérer en disant « j'aurai peut-être à un moment donné » et vont être euh... Déjà vont pas avoir de projet de naissance, elles ont un allaitement qui est juste ouf, parce qu'elles se posent pas de questions. Moi c'est des patientes qui me fascinent sur leur allaitement qui font du mixte pendant des mois et des mois, ça roule je trouve que c'est super beau. La patiente caucasienne va être parfois plus compliquée je trouve à prendre en charge. Parce qu'elle va tout intellectualiser, ça va être parfois très très complexe.

T'as une idée de pourquoi, à quoi c'est lié justement cette gestion de la douleur, même pour des primi ?

On leur fait tout, on leur mache le travail. Moi je pense qu'on leur fait tout aujourd'hui. On leur mache le travail, faut qu'elles aillent sur des projets de naissance euh... Nous au [nom de la maternité] ça se passe comme ça, on va jusqu'à leur donner une feuille avec tous les RDV de prévus, 'fin elles ne font plus rien pour la grossesse. Tu vois c'est vraiment l'objet de la femme enceinte, elles sont plus du tout actrices, elles se laissent guider et après elles se disent "mais attends mais du coup ça va être hyper facile, tu vas accoucher sans péri, je veux pas d'antibio, je veux pas..." Après voilà ! Si ça se trouve quand c'est ton 5ème, 6ème, bien sûr tu vas avoir envie de ça. Même si c'est ton premier hein. Mais il faut rester je trouve un petit peu euh.... 'fin... dans la réalité quoi.

Tu penses qu'en opposition à ça, les mahoraises sont 'fin.. On leur "prémâche" moins le travail ?

Ah ouais, et puis elles savent ce que c'est que d'en chier quoi. Clairement euh... Et elles vont arriver, elles vont moins se poser de questions, elle a mal, on peut poser une péri, elles vont dire oui. Et puis ça va rouler. En plus les rythmes des mahorais ou des blacks hein de manière globale quand même, ils sont plutôt micro-oscillants moi j'aime bien quand même leur mettre une péri parce que ça me permet de plus les surveiller, parce que les petits bébés blacks des fois ils font des surprises euh... Y a un petit stress supplémentaire !

Par rapport au rythme du bébé...

Ouais, ça serait intéressant de savoir un jour, de comparer tous les rythmes sur un an des bébés blacks et des bébés caucasiens, de ouf. Moi j'en eu une la semaine dernière elle avait un rythme micro-oscillant. C'était une congolaise, elle a fini par se faire césariser mais pour le coup euh... C'était un rythme tellement micro oscillant pendant des heures et des heures que tu te dis mais pfff.

Ouais y a un problème

De ouf, en plus tu sais que c'est d'origine ethnique, 'fin que c'est comme ça quoi.

Tu ne sais pas à quoi c'est lié mais... mais ça m'est déjà arrivé aussi un rythme, tu le regardes comme ça tu te dis c'est presque patho, il était limite tachycarde micro oscillant et puis en fait mais tout s'est hyper bien passé. Et on s'est juste dit bon bah c'est son rythme c'est tout. C'est comme ça (rires)

Mais tu sais des fois, ce serait une patiente caucasienne...

Ouais, peut-être qu'on s'inquiéterait plus ?

Bah en fait faut y aller quoi...

Ouais, euh... Et par rapport à l'autre groupe que tu as identifié aussi de patientes maghrébines, pareil ça va être un peu les mêmes questions. Est-ce que par rapport à des femmes dites caucasiennes, dans leur manière de gérer la douleur. Est-ce que tu remarques des différences, quelles sont les différences ?

Elles vont plus s'exprimer. Encore plus quand il y a leur mari. Après moi je vais leur proposer forcément la même chose que... en tout cas je n'ai pas l'impression de faire une différence. Ça a l'air quand même de faire super mal, moi je vais plutôt avoir tendance à soulager. Je ne suis pas trop nubain, j'avoue je suis pas trop nubain. C'est un produit que je gère pas forcément trop par rapport à certaines de mes collègues qui le font plus facilement. Ouais, ouais... Ou péri quoi, pour essayer de les soulager au maximum.

Et elles, elles sont demandeuses de la péridurale ? Pareil que des femmes caucasiennes par exemple ?

Ouais, non pas trop de différence, j'ai pas l'impression.

Et dans leur résistance à la douleur est-ce que tu notes des différences par rapport à des femmes caucasiennes ?

Non je pense que c'est tout pareil.

Donc ça va plutôt être dans leur manière de gérer et d'exprimer la douleur en fait ?

Ouais c'est plutôt exprimer quoi, ouais. Après, sauf si c'est un projet, qu'elles ne veulent pas de péri tout ça... Dans ce cas-là elles gèrent plutôt bien, que ce soit n'importe quelle patiente. Mais euh, non je note pas forcément de différence.

Donc toi tu dis que tu leur propose une péridurale, justement assez rapidement aussi, est ce qu'elles sont demandeuses de cette péridurale ?

Je ne leur propose pas forcément si elles sont pas demandeuses. Généralement quand elles arrivent, je leur dis : "mais dans l'idéal est ce que vous aimeriez une péri?" j'ai une réponse on me dit non. Et après je vais faire ou ballon, Spasfon, alors ça peut m'arriver de faire du Nubain, du bain tout ça. Et quand elles arrivent y a ce coup un petit peu compliqué de si ça n'avance pas, parce que si ça avance bah voilà ce sera sans péri y a pas de soucis. Mais tu sais c'est cet espèce de temps où ça avance que moyennement, là à ce moment je vais dire : "je sais que dans votre idéal vous ne vouliez pas de péri, est ce que là je peux vous proposer ?" Soit y en a qui te disent dès le départ : "ne me la proposez jamais sinon je vais craquer et ce n'est pas mon but." Donc dans ce cas-là je ne la proposerai pas. Mais globalement, avant que moi je propose, elles sont demandeuses.

La plupart sont demandeuses de la péri. Et d'autres modes d'analgésie t'as des demandes ?

Le Nubain, quand même parce que je te dis que ce n'est pas mon truc préféré parce que je suis assez sévère sur les rythmes. Nous on est quand même toutes seules en salle, la nuit. Si je fais un nubain c'est que mon rythme il est parfait. J'ai aucune piste d'alarme, aucun clignotant orange, tout est au vert quoi.

Mais est ce qu'elles, elles vont être demandeuses de ça ? Elles connaissent le nubain ?

Alors pas forcément, moi je leur propose en leur disant : "Beh écoutez là c'est peut être un petit peu tôt dans le travail. Je peux vous proposer autre chose que la péridurale par contre", souvent je leur dit c'est quelque chose que je peux faire qu'une seule fois. donc faut que vous soyez, si y a un moment vous me le demandez faut que vous soyez sûre. Ne me le demandez pas non plus trop tôt parce que c'est quelque chose qui va vous soulager pendant 2 ou 3h, qui risque fortement de faire avancer le travail ou alors d'arrêter les contractions si c'est vraiment un faux travail. Donc généralement elles me disent, vous faites ce que vous voulez.

Et pour le dernier groupe que tu as identifié ? Le groupe asiatique ? Là pour le coup, dans leur manière de gérer la douleur, leur résistance à la douleur, quelles différences tu vas noter avec des femmes caucasiennes ?

Alors elles vont être aussi demandeuses de la péri, mais je trouve qu'elles vont faire ça plus dans le silence. Je pense que c'est très culturel, après c'est pas une population qu'on a beaucoup chez nous. Mais je ne sais pas euh, moi j'en fais quand même plusieurs par an et c'est vrai qu'elles ont... c'est quelque chose qui va se faire sans bruit. Elles vont être vraiment dans la douleur hein, tu le sens etc mais c'est quelque chose qu'elles ne vont pas exprimer, mais comme il va y avoir des patientes caucasiennes qui vont le faire, comme même certaines mahoraises, comme même certaines maghrébines etc hein. Je trouve que c'est des personnes qui sont assez silencieuses.

Et pareil tu penses que c'est une manière d'exprimer, de gérer plus que de résistance à la douleur ?

Ouais, ouais clairement.

Et toi pareil dans ton accompagnement et ta communication est ce que t'as l'impression qu'il y a quelque chose de différent, non. C'est juste cerner les différences culturelles dans l'expression de la douleur ...

Ouais et voir si c'est un vrai travail ou un faux travail. Et si je sais que c'est un truc qui va... un vrai travail et qu'elles sont demandeuses d'être soulagées, je vais y aller quoi. Hier, bon après c'était une deuxième mais tu vois j'avais un col qui n'était pas encore mûr, elle me dit : "mais je la réclame depuis cet après-midi, personne peut me la donner la péri." j'ai fini par lui dire, écoutez votre col il est un peu différent, moi je vais vous la poser parce que clairement elle était en train d'être dépassée par ses émotions. En plus elle avait un antécédent de dépression du post partum. Et je me dis c'est une patiente qu'on ne soulage pas. Déjà la pose de péri va mal se passer quand

elle sera véritablement en route, et puis en fait elle a accouché 2h plus tard. Donc tu vois j'ai eu aucun regret. Mais j'essaie vraiment d'être à l'écoute et de voir un petit peu où sont leurs limites, parce que mettre une pèri ou faire un accouchement sans pèri je pense que ça peut être extrêmement traumatique pour une patiente et je trouve que c'est dommage. On parle aujourd'hui beaucoup de violences obstétricales et j'essaie vraiment d'écouter le seuil de douleur ou la gestion qu'elles peuvent avoir. Parce que je trouve que c'est trop important, aujourd'hui on peut ne pas avoir mal alors autant le faire quoi.

J'avais aussi remarqué dans mes différents stages - tu vas me dire si toi aussi tu as déjà entendu ce terme - de "femmes africaines". Est-ce que toi c'est un terme que tu utilises et si jamais tu utilises pour désigner qui ?

Franchement je crois pas. Je vais plutôt dire euh, je pense, mais c'est pas du tout péjoratif mais, je me suis pris la tête avec ma ptite cousine à Noël pour ça ! On parlait et je disais "bah ouais j'avais une patiente black tout ça" elle me dit "black ?!", mais ce se dit plus black, mais ça ne se fait pas" j'dis mais c'est en aucun cas péjoratif, enfin ça ne l'est pas du tout. Mais effectivement c'est que nous, les rythmes de black, de bébés blacks, mais moi j'ai appris ça dès le début de mes études, c'est des rythmes un peu chelous. Elles peuvent être africaines ou autre, mais elles peuvent être françaises aussi hein je veux dire.

T'englobes toutes les patientes à la peau noire dans le terme black ?

Ouais parce que c'est des rythmes qui sont hyper caractéristiques.

Mais du coup ce terme africaine c'est pas du tout un terme que tu vas utiliser ?

Non franchement, non. Je vais dire une mahoraise, ouais ou alors, je suis en train de me dire on a beaucoup de congolaises quand même. Des guinéennes, on a beaucoup de guinéennes. Je vais pas dire c'est une guinéenne, je vais dire elle est black. Je fais pas du tout de différences euh.. Sur le peuple africain en tout cas pas du tout. Mais effectivement peut être que ça se dit "elle est africaine" non je vais plutôt dire une patiente black qui n'est pour moi absolument pas péjoratif.

Pour toi, qu'est-ce que ça veut dire le syndrome méditerranéen ?

(rires) Le syndrome méditerranéen, j'avoue ça m'arrive de l'utiliser. Pour moi c'est des patientes qui s'expriment énormément. Qui vont avoir une, j'ai l'impression à ce point-là, une surévaluation de leur douleur. Mais en même temps quand tu n'es pas passée par là, tu ne peux pas juger de la douleur de la dame. Et même si t'y es passée d'ailleurs hein parce que tout le monde a des douleurs un peu différentes hein. C'est vrai que des fois quand tu captes aucune contraction, que t'as un col qui ne se modifie pas et qu'elle est en train de hurler. Tu te dis là ça va quand même être compliqué. Tu peux même pas lui proposer de nubain parce qu'en fait médico-légalement parlant t'as même pas une explication de "bah si je lui ai donné un nubain parce qu'elle" était pas en travail, y a pas de contraction, je les capte pas, t'es pas dans une obésité donc c'est même pas un doute sur je ne capte pas une contraction. Effectivement ça m'est déjà arrivé d'utiliser ce terme-là de patientes souvent maghrébines effectivement qui, en fait je pense, il y a quelque chose derrière.

Qu'est-ce que tu veux dire ?

Un mal être, en fait quand elles viennent comme ça, je pense qu'il y a plutôt un appel à l'aide genre de fatigue extrême parce que de toute façon il y a pas de contraception et qu'on fait des enfants et des enfants... Là je sais plus c'était il y a un mois, on a eu une patiente c'était son 7ème. Elle n'en veut plus depuis le 5ème mais son mari de toute façon veut absolument qu'elle en fasse. Elle a hurlé toute la nuit et c'est ma meilleure amie qui était de garde, elle m'a dit "j'ai eu envie de pleurer toute la nuit pour cette dame" parce qu'en fait elle n'en pouvait plus et on a fini par lui mettre un implant sans le dire à son mari en disant "je veux lui cacher parce que j'en peux plus en fait, j'en peux plus." Donc en fait, mais je te dis ça avec 10 ans d'expérience... Je pense que ces patientes là quand on dit ça, soit elles ont véritablement mal mais dans ces cas-là on le capte et c'est vraiment un début de travail et qu'elles s'expriment comme ça. Soit il y a quelque chose derrière et elles n'ont pas vraiment envie d'en parler, et elles ont pas envie de creuser. Donc même si toi tu poses des questions tu ne vas pas forcément avoir la réponse.

Est-ce que tu penses que pour toutes ces patientes racisées, donc de différentes origines en gros toutes en opposition au groupe de femmes d'origine caucasienne, il peut exister des soins différenciés pour ces patientes ou des accompagnements différents ? Ou alors une manière différente de les conseiller dans leur choix par rapport justement à cette prise en charge de la douleur ?

J'aurai tendance à dire non, je pense qu'il doit y avoir une égalité là-dessus. C'est juste qu'il faut apprendre à entendre des dames qui crient parce qu'elles ont le droit de le faire. Et d'être à l'aise avec ça. Et ça, ça s'apprend euh... Difficilement. (rires) Ça s'apprend difficilement parce que c'est vrai que nous, dans la bonne France qu'on est bah en gros t'as pas le droit de trop en dire... On est élevés comme ça en fait, t'as pas le droit de trop crier, pas le droit de trop te plaindre, t'as pas le droit d'être trop heureux, t'as pas le droit d'être dans le trop. Et en fait culturellement y a d'autres pays qui ont le droit de le faire, donc ces patientes faut les laisser faire et les laisser s'exprimer. Donc j'ai appris à dire à une patiente quand elle accouche sans pèri qu'elle a très mal : "vous pouvez

hurler autant que vous voulez à partir du moment où vous poussez en même temps. Vous pouvez faire ce que vous voulez je m'en fous. Tu peux réveiller toute la mat', très sincèrement je m'en fiche, par contre pousse, juste sois efficace." Et en fait faut apprendre à être à l'aise avec ça. Donc je pense qu'il n'y a pas différentes manières de les gérer, je pense qu'il faut leur proposer les mêmes choses qu'à tout le monde mais il faut juste apprendre à être à l'aise avec ça, avec leurs douleurs et l'expression qu'elles peuvent avoir de leurs douleurs.

Est-ce que toi tu as déjà été témoin de ça en tant que spectatrice aussi, de remarquer s'il y avait déjà eu des soins différenciés de la part de soignants envers ces patientes-là ?

Je pense qu'il y en a, qui "ouais ça va elle a mal, elle a mal sans avoir mal". Mais euh je moi euh, un de nos médecins, mais c'était une caucasienne hein. Sur une mort fœtale à 17 semaines avec qui on a eu envie de poser une péri et il a dit "franchement elle est chochotte non ?" J'ai eu envie de lui casser la gueule j'avoue et je lui ai fait mettre une péri contre son avis parce que... Et c'est pas forcément racisé hein parce que parfois il y a des paroles qui sont très dures. Sur n'importe quelle ethnie et n'importe quelle culture, effectivement parfois une petite tendance sur les patientes ou méditerranéennes ou blacks "oh bah elles surjouent, elles en jouent", moi je suis pas forcément d'accord et je vais dire c'est pas grave. Je pose ma péri quand même ou je vais la soulager. Je ferai un Nubain en loose dé. C'est arrivé rarement, une fois avec les médecins de l'ancienne génération. Ils sont partis à la retraite, aujourd'hui quand même on l'a beaucoup.

C'est un truc que tu remarques moins.

Et heureusement. Dans ma pratique franchement on n'a pas ça.

Entretien 4

Tu es sage-femme, ça fait combien de temps que tu exerces ?

Eh bien, ça fait, attends... je suis sage-femme depuis bientôt 9 ans, à la fin du mois. [...]

Et tu as travaillé dans tous les services, notamment salle de naissance également ?

Oui, et en consultations, et en salle de naissance, et en suites de couches, et en grossesse patho.

Ok ça marche. Première question, est-ce que toi ça t'es déjà arrivé de te retrouver en difficulté face à des demandes qui vont être dues à des différences culturelles, en salle de naissance ? Et si oui, est-ce que tu as des choses qui te viennent en tête spontanément, pour quoi, par qui, comment tu t'en es sortie ?

Alors, j'ai pas l'impression, ou du moins je me rappelle pas. Il n'y a rien qui m'a marqué en particulier. Euh franchement non, je n'ai pas l'impression de m'être sentie en difficulté, sauf peut-être... ah si, par exemple quand les populations des gens du voyage, quand ils veulent tous rentrer dans la salle de naissance après la naissance. Voilà, à part ça, ça me crée juste une difficulté, parce que ce n'est pas autorisé et au niveau de l'hygiène c'est pas terrible... mais sinon, j'ai pas eu de demande qui m'a particulièrement gêné.

Ok ça marche. Hum, pareil dans ton exercice en SDN, c'est quoi les origines géographiques, donc souvent pays de naissance, des femmes que tu retrouves le plus fréquemment ?

Bah il y a les patientes qui sont françaises, France métropolitaine. Il y a beaucoup de patientes guinéennes. On a des patientes du Maghreb, mais j'ai pas l'impression que ça soit plus que dans le reste de la France. Et il y a quelques géorgiennes, et beaucoup de patientes de Mayotte. Et sinon, bah non, un peu des pays de l'Est, quelques Roumaines, Georgiennes et puis bah après il y a un peu toutes les populations. J'ai fait pas mal d'HDJ et forcément j'ai vu pas mal de migrantes donc, je pense que je suis un peu biaisée.

D'accord, mais on va dire que c'est les grands groupes que tu as identifié. Dans mon interview, j'essaie d'utiliser les mêmes termes que toi tu vas employer. Par exemple pour les patientes françaises métropolitaines, c'est comme ça que tu les appelles de manière générale ou est-ce que tu peux aussi parler de patientes blanches ou caucasiennes ? Qu'est-ce que tu utilises comme terme ?

Moi comme terme, j'utilise les « métropolitaines » ou quand c'est des patientes des DOM-TOM, je nomme le DOM-TOM et si c'est une guinéenne, je dis que c'est une guinéennes et voilà.

Ok, ça marche. Donc du coup je vais reprendre les groupes que tu m'as cités et te poser des questions notamment par rapport à leur gestion de la douleur. Pour les femmes identifiées comme guinéennes, est-ce que toi tu vas noter des différences par rapport aux femmes métropolitaines, dans leur manière de gérer la douleur ?

Oui, j'ai l'impression... Alors après ça dépend individuellement des personnes hein. Pour moi, c'est difficile de faire des généralités, parce qu'il y a des patientes qui sont assez mutiques et d'autres qui sont très expansives, à beaucoup crier « awaina, awaina » et tout ça... Mais c'est pareil pour les patientes d'origine France

métropolitaine. Il y a des patientes qui paniquent, d'autres qui ne paniquent pas, mais c'est vrai que si on peut dégager une tendance, j'ai l'impression qu'elles crient plus, mais en fait, comment dire... c'est pas que je m'en fiche, je sais qu'elles vont réagir comme ça donc je les gère comme ça et je sais qu'elles vont s'exprimer comme ça. Et qu'elles vont beaucoup nous demander de les aider « aide-moi, aide-moi, aide-moi ». Après elles sont souvent toutes seules, donc on a aussi ce biais-là. Les patientes d'origine guinéenne, elles sont souvent toutes seules quand même. Alors que celles qui sont de France métropolitaine, celles qui sont originaires des DOM-TOM, les patientes originaires du Maghreb ou les patientes asiatiques, elles sont souvent accompagnées, alors que les patientes africaines, elles sont souvent toutes seules.

Est-ce que tu notes aussi une différence dans leur résistance à la douleur ?

Eh ben... Non je pense que vraiment c'est pareil en fait. Parce que des patientes qui accouchent vite, les patientes métropolitaines comme les patientes guinéennes, elles accouchent vite, elles crient tout pareil (rire), et puis voilà ! Franchement, je pense vraiment que la résistance à la douleur, ça dépend de l'accompagnant, de la personne qui les motive. Donc je pense qu'elles nous sollicitent plus car elles vont craquer plus facilement comme elles sont toutes seules. Après quand elles sont accompagnées, je trouve que c'est un peu équivalent. Il y en a qui vont gérer, il y en a qui ne vont pas gérer mais je pense en même proportion que les patientes métropolitaines.

Pareil, est-ce que tu notes des différences toujours avec des femmes métropolitaines ou caucasiennes, dans leur recours à la péridurale ?

Non pas trop. Il y en a qui ont peur, mais comme chez les caucasiennes. Après, on a pas mal de patientes de patientes guinéennes grande multi donc la péridurale des fois, bah on n'a pas le temps (rires). C'est peut-être ça la différence, chez les patientes guinéennes, on a peut-être plus de multipares, donc bah parfois moins le temps de poser la péridurale donc probablement qu'elles ont moins de péridurale en proportion par rapport aux caucasiennes.

Et quand tu parlais de peur, c'était peur de quoi par exemple ?

Euh peur de l'aiguille, peur de la péridurale, d'être paralysée. Peut-être parce que parfois il y a un biais de la langue, parce qu'elles vont à la consultation d'anesthésie ou parfois elles n'y vont pas parce qu'il y a quand même pas mal de patientes qui sont pas véhiculées, qui ont les enfants à garder donc qui vont pas en consultation d'anesthésie, donc qui ont pas eu la bonne information et puis celles qui comprennent pas bien le français. Donc je pense qu'au niveau des explications, elles ont moins intégré que la péridurale, dans 95% du temps, il n'y a pas de complication quoi. Je pense qu'elles ont plus peur de la péridurale. Par contre, comme toutes les autres, il y en a qui pleurent leur péridurale !

Ok, et est-ce qu'elles peuvent avoir un recours à d'autres mode d'analgésie pour cette population de femmes ?

Alors, j'ai pas trop observé de différences. C'est vrai que quand on leur propose d'être sur le ballon, c'est pas quelque chose qu'elles apprécient particulièrement, en tous cas j'ai pas l'impression. Euh, la baignoire, comme toutes les autres mamans, ça leur convient bien. Mais c'est vrai que le ballon, elles ne sont pas très friandes de ça. Après, elles marchent plus je trouve. Je trouve qu'elles ont plus tendance à déambuler, ce qui est plutôt bien, elles ont raison en fait. Mais sinon, non... franchement, j'ai rien observé de particulier. [...]

Et est-ce que toi tu notes des différences dans ton accompagnement ou ta communication avec ces patientes-là ?

Oui parce que j'essaie de m'adapter à ce que la patiente elle peut intégrer comme informations. Quand elle ne parle pas bien français et ben faut des explications plus simples. Par contre, j'essaie toujours de tout expliquer. Et ça bah, avec toutes les patientes, toutes les ethnies et d'adapter à la patiente, à ce qu'elle peut comprendre. Après, les patientes africaines, elles ont plus tendance à nous tutoyer et moi j'y arrive à les tutoyer dans l'autre sens ! Mais pour autant, je sais que c'est pas du tout un manque de respect, c'est comme ça, c'est leur façon de s'exprimer. Est-ce que vraiment je fais des choses différentes ? J'ai pas l'impression... Après, si peut-être plus tendance à parler plus fort, pas à leur crier dessus, mais à leur parler plus fort parce que, quand elles se mettent à crier, elles t'entendent plus du tout. Des fois dans leur douleur, comme elles sont toute seules, elles ne se canalisent pas, donc, elles se mettent dans leur bulle et elles crient. Et elle ne t'entendent pas si tu ne parles pas plus fort. Après je pense qu'il y a certaines patientes d'origine France métropolitaine qui sont pareilles hein... Je l'ai vécu il n'y a pas très longtemps, on est obligé d'élever un peu la voix « Maintenant ça suffit ! Vous allez vous canalisez et ça va être mieux ! » Voilà. A part ça, franchement non, mais je pense que c'est toujours ce biais, bah elles n'ont pas le temps d'avoir une péri, c'est la panique mais voilà... mais peut être aussi que comme elles sont seules, parfois on a besoin de les recanaliser et ce qui aiderait, je pense, c'est d'avoir plus de personnel, d'avoir quelqu'un à côté pour les aider. C'est vrai que quand il y a une auxiliaire de puériculture qui est bien présente à côté, c'est beaucoup plus facile.

Ok. Et est-ce que tu as noté d'autres différences en SDN pour ces patientes-là par rapport à la douleur ou en général en SDN ?

A la douleur, non parce que vraiment, je trouve que c'est patient-dépendant. J'ai pas l'impression qu'il y ait une

différence d'ethnie. Pour moi les différences, c'est plutôt les patientes d'origine asiatique, qui ne verbalisent quasiment pas leur douleur, qui on a l'impression, qu'elles intériorisent beaucoup, pas pour autant qu'elles aient pas mal hein... Elles intériorisent plus et sont beaucoup moins expansives mais ça c'est une question de culture hein. C'est comme voilà, les patientes africaines elles verbalisent plus, elles ont plus tendance à crier. Et puis les patientes, pareil, du Maghreb ou du sud de la France, avec ce qu'on appelle le syndrome méditerranéen, c'est sûr mais pour autant je pense qu'elles ont mal comme tout le monde, qu'elles n'ont pas plus mal ou moins mal. La différence pour les patientes africaines, souvent, c'est que leur bébé sort directement pour leur poser sur le ventre, il y en pas mal qui trouvent qu'il est tout sale et elles ne le veulent pas tout de suite quoi. Qu'on l'essuie bien, avant de le mettre en peau à peau. Alors qu'il y a beaucoup de patientes issues de France métropolitaines qui disent « moi je veux attraper mon bébé » quoi, les mains sales elles s'en fichent ! Le patientes africaines souvent, ça les rebutent un peu.

Ok, et donc justement tu parlais des patientes identifiées comme asiatiques. Et donc dans les différences dans leur manière de gérer la douleur par rapport à des femmes métropolitaines...

Franchement, en fait, je trouve qu'elles ne verbalisent pas beaucoup, c'est-à-dire que si on va pas leur demander si elles ont mal, elles vont pas trop nous dire si elles ont mal. Elles vont beaucoup intérioriser. Après, c'est une population qu'on n'a pas énormément, c'est une expérience que de quelques patientes, donc c'est plus compliqué. J'ai par exemple une patiente qui était d'origine vietnamienne, en SDN qui a accouché sans péri, je ne l'ai pas entendu crier, dire un mot pour me signifier sa douleur. Je lui ai demandé à la fin « et ben franchement si vous deviez donner une note sur dix pour la douleur liée à votre accouchement, vous donneriez combien ? », elles m'a dit « oh bah 7 quoi ». Ça m'a impressionné ! Après, c'est une patiente qui était, pas prof de yoga, mais prof d'un art martial, du feng-shui ou un truc comme ça. Donc je pense qu'elle était très intériorisée, tout intellectualisé. Et je trouve que les patientes d'origine asiatique ont plus tendance à rester dans leur lit, moins à déambuler, à faire du ballon, à demander le bain. Et parfois c'est un peu compliqué, on aimerait les aider, on voit qu'elles ont mal mais elles se laissent moins aider je trouve.

Et est-ce que tu penses que c'est notamment lié à une différence dans leur résistance à la douleur ? ou c'est une manière de gérer la douleur ?

Alors peut-être que c'est une résistance à la douleur... après, j'ai aucun chiffre, aucune étude, donc je ne peux pas me prononcer là-dessus mais je connais pas particulièrement. Peut-être qu'elles ont une résistance plus importante à la douleur, mais je pense que c'est surtout une culture différente. Parce que je pense que c'est des pays où on s'exprime un peu moins sur les sentiments qu'on a, notamment la douleur et tout ça. Donc je pense que c'est plus ça, après c'est peut-être un gros cliché donc voilà... Je sais pas.

De toutes façons, moi c'est ton ressenti qui est important pour moi aussi et c'est ça qui intéressant.

Bah c'est le ressenti que j'ai en tous cas !

Ok ! Et dans leur recours à la péridurale pour cette population-là de femmes identifiées comme asiatiques ?

Je pense que j'en eu peu et je crois qu'à chaque fois c'était sans péri et j'ai dû en avoir qu'une avec péri. Après la patiente dont je te parlais, c'était un choix, un premier bébé sans péridurale, voilà. Et après, je crois que j'ai eu 2 grandes multi, sans péri. Et après je ne me souviens pas de beaucoup de patientes...

Ok ça marche. Tu parlais aussi des patientes maghrébines. Qu'est-ce que tu as remarqué comme différences notables dans leur manière de gérer la douleur toujours ?

Elles sont plus « bruyantes ». C'est-à-dire qu'elles ont plus tendance à crier. Elles nous sollicitent pas mal, alors même quand elles ont un accompagnant, elles nous sollicitent quand même. Après, ça dépend de la présence du compagnon et comment il s'implique, mais ça comme un peu toutes les patientes. Il y a toujours, cet apriori qu'on appelle le syndrome méditerranéen, mais en fait moi j'y crois pas (rires).

Ça veut dire quoi pour toi le syndrome méditerranéen ?

Tout le monde dit « c'est des patientes qui crient franchement ! », qui disent qu'elles ont super mal alors qu'elles n'ont pas super mal, qui ont tendance à exagérer leur douleur. Bah franchement, un accouchement ça fait mal, moi je ne sais pas comment je serais. Il y a des patientes caucasiennes qui hurlent aussi, comme toutes quoi ; donc, après franchement, peut-être qu'elles verbalisent plus, je pense pas qu'elles aient une résistance moins importante à la douleur, je pense qu'elles le communiquent plus. Et euh... Et je pense qu'elles osent nous le dire en fait. Qu'on est dans notre rôle « d'accoucheuse » et qu'elles vont nous le dire, parce qu'on est là pour ça. Et peut-être d'autres patientes moins. Et je pense que la relation est parfois plus, pas plus intime, mais peut-être un peu plus avec ces patientes qui nous font très facilement très confiance. Il n'y a pas de méfiance, donc elles vont tout nous dire, quand elles ont mal, quand elles ont un peu mal et quand elles ont beaucoup mal. Je pense, c'est mon impression... après c'est peut-être faux.

Et comment tu expliquerais ça, est-ce que tu vois une raison qui pourrait faire ça ?

Ben, peut-être que, je sais pas... Après j'ai l'impression que c'est des patientes qui sont très proches de leur famille, des autres femmes de leur famille. Contrairement à nous, les populations caucasiennes ou France métropolitaine, et du coup, elles partagent peut-être plus entre femmes. C'est vrai que c'est des patientes, même au-delà de la religion, qui demandent moins d'avoir des hommes dans la salle, et je pense elles s'autorisent plus à partager parce qu'elles ont eu l'habitude de partager avec les autres femmes autour d'elles. Et peut-être aussi, tu vois les populations de Guinée et d'Afrique noire aussi, je pense que ça joue aussi. Elles s'entraident souvent entre femmes, et je pense que ça, elles y sont attachées, et quand elles nous voient, on rentre dans leur cercle de « proches », et je pense qu'elles s'autorisent plus à nous dire les choses. Elles mentalisent moins quoi, c'est des relations plus simples qu'avec certaines patientes d'origine métropolitaine. [...]

Juste pour revenir sur le groupe des maghrébines, elles dans leur recours à la péridurale, est-ce que tu notes des différences ?

J'ai l'impression qu'elles y ont moins recours. Euh, je ne sais pas trop pour quelles raisons. J'identifie pas de raisons particulières. Peut-être euh... Je sais pas, aucune idée. Mais j'ai l'impression hein, j'ai pas de chiffres.

Et est-ce qu'elles ont du coup recours à d'autres modes d'analgésie ?

Euh, le bain, pas mal. Le proto, ouais, franchement j'ai eu pas mal récemment patientes... j'avais une patiente, je crois, marocaine, le proto elle a dit « c'est trop bien ! Je garde ça moi, ça me suffit » et elle a très bien accouché voilà. C'était une troisième, franchement ouais. Elles ont facilement recours au proto. Après il y a toujours le biais, bah du covid, là on utilisait moins le proto. Les expériences récentes sont plus compliquées, mais le proto, ouais, ça marche bien.

Et enfin, est-ce que tu notes une différence dans ton accompagnement et ta communication avec ces patientes ?

Franchement non, pas trop de difficulté. Bah à part voilà, ça c'est comme toutes populations, quand elles ne parlent pas français ou même les guinéennes, voilà c'est pareil. Quand elles ne parlent pas français, il faut un intermédiaire et bah l'intermédiaire, c'est toujours une petite barrière, toujours une source d'incompréhension et tout ça, mais non... pas franchement.

Ok. Tout à l'heure tu mentionnes, et moi je l'ai déjà aussi entendu dans mes stages, qu'on entend parlais souvent de femmes « Africaines ». Est-ce que toi c'est un terme que tu vas utiliser souvent et pour parler de qui ?

Euh... Eh ben j'essaye de me rattacher au pays, parce que l'Afrique c'est grand ! Comme la patiente roumaine, ceux d'Afrique diront la patiente européenne, donc voilà... après ces patientes souvent elles viennent de Guinée, il y a quelques patientes du Nigéria. Euh, j'essaye de citer plus le pays et pas de dire la patiente africaine, parce que c'est leurs origines différentes, 'fin elles ont pas la même culture. Les nigériennes et les guinéennes, elles ont pas du tout la même culture. Après, on n'a pas énormément d'autres pays d'Afrique, à part le Maghreb chez nous et puis évidemment les malgaches des fois. [...] A [nom de ville], il y a beaucoup de guinéennes qui arrivent parce que il y a la communauté guinéenne qui est déjà implantée, donc ils s'hébergent et se regroupent au même endroit. A la Rochelle, par exemple c'est des patientes du Sénégal. Elles n'ont pas les mêmes euh... [...] Moi je l'ai appelée pas les patientes africaines, je dis juste, fin, je donne son nom en fait.

Et est-ce que tu penses que ce terme-là, il regroupe les femmes d'Afrique du Nord aussi ?

Alors quand les gens disent « les patientes Africaines », non, ça regroupe pas l'Afrique du nord, je pense pas. Sinon, ils disent « les patientes maghrébines ». Il y a toujours une différence... Après, j'avoue c'est compliqué, parce que moi j'essaye toujours de... après c'est la démarche de chacun de donner le pays d'origine et d'éviter de donner une région parce que souvent ça amène à des généralités, à des stigmatisations.

Ok ça marche. Du coup on a déjà parlé du syndrome méditerranéen, est-ce que tu avais des choses à rajouter dessus ?

Bah moi j'y crois pas donc... (rires). Quand on me dit « elle a un syndrome méditerranéen » bah je dis « elle a mal » voilà, c'est tout !

Et est-ce que tu penses que de manière globale, il peut exister des soins différenciés pour ces patientes là qui vont être identifiées comme étrangères ou racisées, ou bien des accompagnements différents, ou des manières différentes de les conseiller dans leur choix en fonction de ces différences qu'on a évoquées avant ?

[...] Ben euh... En fait, personnellement, je ne traite pas une patiente différemment en fonction de son origine. En fait, je vais essayer de m'adapter au mieux, à ce qu'elle veut et ce qu'elle souhaite, et ce qu'elle comprend, parce qu'il y a ça aussi. Et pour moi, ben, en fait, c'est une question que je ne me pose pas (rires). C'est une question que je ne me suis jamais posée, de me dire « ah cette patiente, elle est guinéenne, je vais plutôt faire ça ». Jamais je me dis ça. Jamais je vais faire ça. Après, c'est peut-être intéressant de savoir ce qu'elle préfère. Faut juste discuter avec la dame en fait. Je vais pas proposer plus ça que ça que ça parce que elle a une origine différente. Ça ne va pas trop répondre à ta question du coup !

Nan mais si c'est une réponse ! Et est-ce que toi tu as déjà vu...

Ah si peut-être un truc qui diffère, justement pour les patientes qui sont d'origine Africaine, je leur demande avant de leur poser le bébé sur le ventre, « est-ce que vous voulez votre bébé sur le ventre tout de suite ? ». Par rapport au fait qu'elles sont un peu dégoutées par ce petit bébé qui est tout sale. Voilà.

Et est-ce qu'en SDN, tu penses que certains ou certaines de tes collègues auraient pu avoir des traitements différentiels envers ces patientes là, dans leur gestion de la douleur ?

Oui, c'est possible. Je pense que c'est possible de se dire que les patientes d'origine d'Afrique Noire ou bien guinéennes, principalement parce que c'est celles qu'on a le plus, et les patientes d'origine du pays du Maghreb, elles ont plus tendance à crier donc qu'elles exagèrent leur douleur. Donc elles ont tendance à prendre en charge la douleur peut-être un peu plus tard. Ou privilégier des traitements de ligne d'antalgique un peu moins importantes tout de suite quoi.

Donc plus dans un délai, on va dire, de la pris en charge de la douleur quoi...

Ouais, un délai de prise en charge de la douleur peut-être un peu plus retardé.

Est-ce que tu as des exemples ou des choses qui te viennent en tête ?

Non franchement... Après, j'ai pas l'impression d'avoir des exemples récents de ça par contre. Sur mes 6 derniers mois de salle, j'ai pas l'impression. Avant, mais après c'est pareil, c'était il y a 5 ans... avant oui mais je pense que ça commence à évoluer hein. Franchement je pense que tout le monde évolue et que la prise en charge de la douleur en plus, on a quand même un protocole clair maintenant. On a un protocole clair, la patiente nous dit qu'elle a mal, elle a un EN supérieur à ça, on lui donne le traitement, on lui donne le traitement de seconde ligne, si ça ne marche pas, on fait un Nubain, si le Nubain marche pas, elles descendent en salle et elle a une péri quoi. Fin, je pense que ça, ça a permis de justement d'uniformiser les pratiques et de tout le monde, puisque je pense qu'il y avait des sage-femmes qui laissaient les patientes avoir un peu plus mal, un peu plus longtemps, d'autres pas du tout longtemps... Je pense que ça a permis d'uniformiser ça, et en plus de considérer toute patiente de la même façon.

Ok, est-ce que tu avais des choses à ajouter ? j'arrive au bout de mes questions donc si tu as des choses auxquelles tu penses...

Ben pas franchement... Euh... Non. Après, tu vas peut-être me trouver bisounours, c'est un peu ça (rire). Après tu vois je pense que l'expérience de l'hôpital de jour et des consultations, où tu crées un lien particulier avec toutes les patientes et notamment, je pense que t'as quand même des facteurs de risques sur certaines populations, des migrantes etc, j'ai peut-être été confrontée à plus de brassage de populations, à plus de culture et pas juste à voir ces patientes en salle de naissance. Ou bah parfois, c'est un temps bref, quand elles accouchent vite, elles accouchent vite et puis voilà. Peut-être plus discuter avec elle au moment des consultations, et les revoir tous les 15 jours... Je sais pas, peut-être je suis plus sensibilisée à ça que d'autres collègues. Mais je pense que ça m'a aidée, à comprendre tout le monde. A comprendre, toutes les patientes de toutes les origines. Et en fait je pense que c'est juste ça, que si on se donne un peu la peine d'essayer de comprendre, ce que vit l'autre, parce qu'il y a certaines patientes, ben voilà, d'origine France métropolitaine, qui ont une vie difficile, qui ne supportent absolument pas la douleur. Mais au même titre que d'autres patientes migrantes ou d'origine guinéenne, ou d'origine des pays de l'Est ou..., voilà.

Ok ça marche, bah merci beaucoup !

Entretien 5

Toi t'es sage-femme, ça fait combien d'années que tu exerce ?

[Inaudible]

Et dans quels services de maternité t'as travaillé ? Est-ce que tu as travaillé en salle de naissance aussi ?

En salle de naissance, en suites de couches et en grossesse patho.

D'accord, ok. Moi je vais me concentrer surtout sur la salle de naissance. Du coup déjà une première question un peu plus générale, est-ce que toi tu t'es déjà retrouvée en difficulté face à des demandes dû à des différences culturelles par exemple en salle de naissance ?

[Inaudible][...] Plus dans la communication... parce que finalement par rapport aux positions ou aux choses comme ça, c'est pas ça qui est dérangeant. C'est plutôt quand on ne se comprend pas !

Et ça va venant de qui ? Et comment tu t'en sors dans ces situations-là ?

Comment j'essaye de m'en sortir ? Ça peut être bah par les gestes (rires). Après, j'essaye de... Au niveau de l'évaluation de la douleur, c'est difficile, même les dames qui parlent français, qui sont pas... Qui n'ont pas trop la culture française ou de chez nous, l'évaluation de la douleur est difficile, on peut pas trop leur demander une EN, c'est plus avec l'Algo + qui faut travailler.

Comment tu l'expliques ça, par exemple que c'est difficile de travailler avec une échelle numérique ?

Eh ben, je ne sais pas... Quand on leur pose la question, elles ne répondent pas ! Le plus souvent, je pense qu'elles ont des difficultés à évaluer leur douleur sur une échelle numérique. La plupart du temps on n'a pas de réponse, ou ouais... On n'a pas de réponse.

Ok. Et quelles vont être les différentes origines géographiques ou pays de naissance des femmes que tu vas retrouver le plus dans ton exercice en salle de naissance ?

Euh c'est plutôt les dames d'origine africaine. Quand j'ai fait mes études à [nom de ville 1]... Enfin quand je dis Afrique, Afrique du sud plutôt... J'avais plus des dames d'origine maghrébine.

D'accord ok. Donc ça on a va dire c'est les 2 grands groupes que tu as pu retrouver durant ton exercice quoi. Je vais te poser maintenant différentes petites questions sur ces deux groupes de femmes dont tu viens de me parler, et en opposition à ces groupes, je vais parler de femmes caucasiennes ou blanches. Est-ce que toi c'est des termes que tu utilises, et si non, qu'est-ce que tu vas utiliser comme termes ?

Ouais ! Non ça me va.

Ok ça roule. Donc par exemple pour les femmes identifiées comme guinéennes, en comparaison avec les femmes identifiées comme caucasiennes ou blanches, est-ce que tu as des différences dans leurs manières de gérer la douleur ?

Euh... Oui, elles sont... Comment dire, elles sont moins en demande de conseils, de choses comme ça. Elles sont plus à gérer toutes seules, en quand même, verbalisant leur douleur mais elles gèrent plus toutes seules, et sont plus autonome en termes de position, de choses comme ça. Ou elles gèrent avec leur maman, leur sœur ou leur cousine, en famille. Alors que les dames caucasiennes, elles sont plus en demande de conseils, de positions, de gestion de la douleur, de demande de péridurale. Parce que les dames guinéennes demandent moins spontanément la péridurale.

D'accord, quand tu dis moins spontanément, c'est qu'elles ne vont pas le faire d'elles même mais quand tu leur propose c'est différent ? Qu'est-ce que tu veux dire par là ?

Bah ça dépend du niveau d'insertion dans la culture français/européenne. Mais les dames d'origine guinéenne qui viennent d'arriver en France, oui, elles ne demandent pas la péridurale et si on leur propose, elles l'acceptent pas forcément non.

D'accord ok. Et est-ce qu'elles vont être en demande d'autres modes d'analgésie, toujours en les comparant avec les femmes caucasiennes ou blanches ?

Non, pas trop, elles sont... Non, non... Elles sont plus dans la gestion spontanée et entourées de leur accompagnante que les femmes caucasiennes.

D'accord. Et est-ce que tu notes une différence avec les femmes caucasiennes dans leur résistance à la douleur ?

Hum... Je pense que c'est difficile de... La résistance à la douleur, quelle est la définition qu'on donne ? Elles... Je ne sais pas, ça dépend, il y en qui gèrent vraiment toutes seules et qui veulent pas trop qu'on intervienne, qu'on s'occupe d'elles, qu'on leur donne des conseils et puis, il y a d'autres dames guinéennes, qui sonnent plus souvent, qui... C'est vraiment différent, ça dépend.

Tu dis ça dépend aussi entre les patientes guinéennes en fait, au sein du groupe des patientes guinéennes ?

Ouais, c'est ça !

Est-ce que toi tu notes des différences dans ton accompagnement, dans ta communication avec ces patientes ?

Bah dans la communication, s'il y a un problème de langue, si on ne se comprend pas, c'est sûr que c'est plus restreint ! Après, du coup on passe peut-être moins de temps avec elles, effectivement, si on sent qu'elles sont dans la gestion... C'est souvent une femme qui les accompagne, elles sont accompagnées d'une maman, d'une sœur tout ça, donc on passe peut-être moins de temps avec elles parce que en fait c'est l'accompagnante qui fait le rôle de coach, plus que nous. Alors que les dames caucasiennes, ont plus une attente de coaching de notre part. Et après, on continue de les encourager, ou d'avoir, comment dire, une petite main sur la jambe pour les encourager tout ça... Mais on passe moins de temps avec elles, si elles sont accompagnées et qu'on voit qu'elles gèrent ensemble quoi.

Ok. Est-ce que par rapport à ces patientes guinéennes, tu as noté d'autres différences notables en salle de

naissance ?

Euh... bah après les différences c'est que parfois elles ne veulent pas prendre leur bébé immédiatement sur elles. Elles ne sont pas accompagnées par leur conjoint mais par une femme de leur famille ou une amie. Et puis, ouais le peau-à-peau, c'est pas trop leur truc généralement (rires). Si on met les bébés en peau-à-peau parce qu'ils ont froid, bah souvent on retrouve le bébé totalement découvert, voilà, c'est peut-être moins dans leur culture a priori. Et euh puis elles ne veulent pas donner le sein immédiatement, elles préfèrent souvent donner un biberon en premier. Souvent c'est... [Inaudible].

Ok ça marche ! Du coup on peut passer au groupe des femmes maghrébines, je vais te poser un peu les mêmes questions que pour les femmes guinéennes. Donc toujours en comparant avec les femmes identifiées comme caucasiennes, est-ce que tu notes des différences dans leur manière de gérer la douleur ?

Hum... Ca date un petit peu parce que c'est vrai qu'à [nom de ville 2] on en voit beaucoup moins des dames maghrébines qu'à [nom de ville 1]. Les patientes maghrébines étaient elles beaucoup plus en demande par contre, beaucoup plus, comment dire... On les entendait beaucoup plus (rires), que ce soit par des cris, par leur expression corporelle, et elles étaient beaucoup plus en demande de notre présence que les dames guinéennes ça c'est sûr et puis caucasiennes, ça dépend mais... Elles étaient beaucoup plus... Voilà, on les entendait !

Ok. Et du coup dans leur résistance à la douleur, est-ce que tu penses qu'il y a une différence dans leur résistance cette manière différente de gérer la douleur ?

En tous cas, elles exprimaient plus le fait qu'elles avaient mal. Après, niveau de la résistance, je ne sais pas si ça veut dire qu'elles étaient moins résistantes mais... En tous cas, elles exprimaient le fait qu'elles avaient mal ouais.

D'accord. Est-ce que leur elles, leur recours à la péridurale était différent ?

Par rapport aux caucasiennes ? Oh bah non, elles demandaient principalement la péridurale.

De manière spontanée ?

Oui.

Est-ce qu'elles ont recours à d'autres modes d'analgésie aussi ?

Pas différent des nôtres, non j'ai pas l'impression.

Ok. Et toi dans ton accompagnement et ta communication avec ces patientes-là, est-ce que tu notes des différences ? Le fait qu'elles soient plus en demande comme ce que tu disais avant, comment tu gères ça quoi ?

Ben, si on en a la possibilité, je passe plus de temps avec elles parce qu'elles vont en exprimer le besoin ouais. Aussi besoin de plus être tactile, elles sont plus tactiles, plus besoin qu'on les touche pour les rassurer. [...] Elles, alors je sais pas par rapport aux caucasiennes, peut être pareil, je compare plus aux guinéennes là mais elles étaient plus inquiètes pour leur bébé, savoir si tout allait bien pour leur bébé tout ça. Alors que les personnes d'origine guinéenne demandent un petit peu moins ce genre de choses. Mais par rapport aux caucasiennes, que ce soit les guinéennes ou les dames maghrébines, elles ont moins de projet de naissance, de... Comment dire, de baignoires, d'attente pour couper le cordon, des choses comme ça.

Est-ce que tu notes d'autres différences en salle de naissance pour ces patientes ou tu as fait le tour ?

Hum... Non non, les dames d'origine maghrébine, soit elles étaient accompagnées de leur conjoint soit de leur belle-maman ou sœur. Après, oui il y en a un peu plus qui demandent à ne pas être suivies par un homme. C'est pas systématique, mais c'est souvent le conjoint qui demandait « est-ce que l'anesthésiste est un homme parce que sinon ma femme a pas de péridurale » ou des choses comme ça.

Et ça arrive souvent ça ? Que du coup, une femme qui demande spontanément une péridurale va pas pouvoir y recourir ?

Euh, ça arrive... Après c'est vrai qu'à [nom de ville 2] on n'en voit pas énormément mais ça arrive oui. Et après, ça peut quand même évoluer, quand on leur dit qu'il y a pas le choix, et que le médecin est un homme et qu'il y a pas le choix, ils acceptent quand même la présence du médecin après explication. Mais spontanément, ils refusent.

Ok, ok. Moi pendant mes stages, dans les différents services de maternité, j'ai souvent entendu parler des femmes africaines. Est-ce que toi c'est un terme que tu utilises et si oui, pour parler de qui ?

Euh... Oui je l'utilise. C'est généralement pour parler des dames originaires d'Afrique du Sud, pas des dames maghrébines mais des dames noires.

Pour toutes les patientes noires ?

Bah après il y a des patientes noires qui ne viennent pas d'Afrique mais... (rires) Qui ont... C'est difficile à dire...

C'est toi comment tu l'emploies, comment tes collègues l'emploient aussi, quels groupes de patientes ça

comprends etc.

Bah généralement, les dames d'Afrique du Sud, 'fin noire. Après, il y en a qui ont intégré la culture française et d'autres non. Si on dit c'est une dame africaine, c'est souvent qu'on a des difficultés de communication avec elle, et que.... Parce que souvent les dames Africaines qui sont pas là depuis longtemps, elles paraissent méfiantes envers nous, elles communiquent pas, parfois elles comprennent, mais elles font pas trop d'effort pour communiquer avec nous, parce que je crois que c'est pas leur culture, enfin voilà... Ça dépend des patientes, il y en a qui sont plus à l'écoute et moins méfiantes envers nous. Mais parfois c'est quand même difficile de communiquer et de se faire comprendre et d'avoir l'impression qu'elle veut, elle, communiquer avec nous, on n'a pas beaucoup de réponse.

Donc les différences notables, ça va être principalement la communication de ce que tu m'expliques. Et est-ce que dans le terme africaine, ça désigne aussi pour toi les jeunes femmes nées en France de parents nés d'Afrique subsaharienne ou plutôt vraiment toutes cette vague d'immigration d'Afrique subsaharienne ?

Non pour moi ça va être plutôt les... Ouais quand on en parle entre nous, ça va plutôt être les dames avec qui on a des difficultés de communication et qui sont [Inaudible].

Est-ce que tu avais d'autres choses à rajouter pour ces patientes dites africaines ?

(Pause) non enfin à part que comme on a l'impression qu'elles veulent pas trop communiquer avec nous, on leur donne sûrement moins de conseils, elles sont plus autonomes, elles sont moins en demande, et du coup, elles font comme elles le sentent par rapport à l'allaitement... Voilà !

Et comme elles sont moins en demande, spontanément on va moins aller vers elles aussi, c'est ça ?

C'est qu'elles sont moins en demande et puis quand on leur donne des conseils, elles ne le font pas puisqu'elles font comme dans leur famille ou des choses comme ça. Donc on si on leur dit qu'il faut donner le sein d'abord puis le biberon après, parfois on voit qu'elles lui ont donné trois biberons d'affilés sans lui donner le sein, bon bah (rires) voilà ! Elles font comme elles ont l'habitude !

Ok. Comment tu peux expliquer ça ? Tu as déjà réfléchi à pourquoi ça se passait comme ça ? Parce qu'en soit c'est pas forcément une histoire de langue, c'est des patientes qui peuvent parler la même langue...

Non j'imagine qu'elles font comme ça dans leur pays, qu'elles ont appris comme ça auprès de leur maman, de leur sœur, de leur famille et que pour elles, elles ne voient pas pourquoi elles changeraient ! Donc si ça fonctionne bien, on les laisse gérer comme elles ont l'habitude et généralement, ça ne leur pose pas trop de problème. Alors après on ne voit pas ce que ça donne après, une fois le retour à la maison mais a priori, on voit sur les retours quand elles viennent pour leur deuxième, troisième, quatrième enfants, qu'elles ont allaité en allaitement exclusif après le retour à la maison pendant longtemps, c'est que ça marche comme ça !

Ouais d'accord, ok ça marche ! Est-ce que tu as déjà entendu parler du terme syndrome méditerranéen ? Et pour toi ça veut dire quoi ? Est-ce que tu y as déjà été confrontée ? Enfin parle-moi un peu de ça et qu'est-ce que ça t'évoque ?

Pour moi le syndrome méditerranéen, c'est plutôt les dames d'origine maghrébines, qui expriment leur douleur de façon virulente. Enfin virulente, c'est peut-être pas le bon mot, en tous cas par de grands gestes, et de cris. Elles montrent leur douleur de façon plus importante que d'autres personnes quoi.

Est-ce que c'est quelque chose auquel toi t'as déjà été confrontée ?

Euh oui.... Enfin je me souviens d'une patiente, je crois d'origine turque, alors je sais pas si ça rentre dans les femmes maghrébines... Mais en tous cas elle s'arrachait des touffes de cheveux. Elle est arrivée à dilatation complète et elle s'arrachait des touffes de cheveux et elle était, elle bougeait dans tous les sens. On ne pouvait rien faire pour la calmer. On arrivait pas du tout à communiquer. Alors c'est peut-être pas un bon exemple parce que c'est une dame qui avait d'autres, ça se trouve il y a d'autres explications que ça pour expliquer son comportement. Mais en tous cas, on arrivait pas du tout à la gérer, ni en lui parlant gentiment, ni en lui parlant calmement et en la rassurant, ni en étant un peu plus ferme avec elle. Et on a dû l'endormir pour faire naître son bébé, parce qu'il était en brady et que elles ne poussait pas quoi. Après, ça c'est, voilà, un cas particulier dont je me souviens parce que c'était quand même impressionnant. C'était vraiment des touffes de cheveux qu'on retrouvait par terre etc. Mais je pense que toutes les dames d'origine maghrébine réagissent comme ça, pas du tout ! Ouais à [nom de ville 1], c'étaient plus des cris, beaucoup plus souvent qu'elles s'accrochent à nous, voilà, beaucoup de demande quoi.

Ok. Est-ce que toi tu penses pour toutes ces patientes dites racisées, donc voilà, c'est-à-dire les patientes guinéennes, maghrébines, dont tu viens de me parler, est-ce que tu penses qu'il existe des soins différenciés, ou bien des accompagnements différents ou bien une manière différente de les conseiller dans leur choix ?

(pause)

Est-ce que tu penses qu'on va faire une différence pour ces patientes-là de manière générale, en salle de naissance,

dans l'accompagnement de la douleur notamment ?

Est-ce que nous on agit différemment ?

Voilà exactement ? Enfin, est-ce que toi tu agis différemment ? Et puis après, est-ce que tu as déjà vu des collègues agir différemment aussi ?

Est-ce que moi j'agis différemment ? En règle générale, j'essaie de m'adapter à la demande de la patiente. Donc euh, si elles ne demandent pas beaucoup et quand je vois que ma présence ou mes conseils gênent, tant que tout va bien, je les laisse gérer toutes seules. Et si elles demandent, je vais être présente dans la mesure du possible, qu'elles soient caucasiennes ou d'origine maghrébine... Après, parfois c'est sûr que quand elles sont très en demande, c'est difficile parce qu'on manque de recours, quelle que soit l'origine de la personne. Je suis sûrement plus présente auprès d'une... Enfin je suis présente quand on me demande plus donc euh, les dames guinéennes qui gèrent de leur côté et qui veulent pas trop de nos conseils, c'est sûr que je serai moins présente si tout va bien. Mais je n'ai pas l'impression de... Enfin ça dépend aussi de la communication qu'on va avoir avec elles mais si même sans parler, c'est réussir à échanger, parfois on voit que notre présence peut rassurer, calmer donc on essaye d'être présente même si on peut pas communiquer de façon optimale.

D'accord ; Et est-ce que toi tu as déjà été témoin de soins différenciés ou déjà vu des collègues à toi traiter différemment ces patientes lors de leur prise en charge de la douleur ?

Hum... Ben peut-être oui, moins présente, moins à l'écoute... Oui c'est possible.

Et comment tu expliques ça ? Est-ce qu'il y a des raisons ?

Ben des problèmes de communication, des problèmes de... Je sais pas si c'est vraiment différent entre une dame maghrébine qui appelle beaucoup et une dame caucasienne qui appelle beaucoup. C'est difficile à évaluer, après je pense que ça va arriver quand même hein... Parce que...

D'être moins présente avec une dame maghrébine qui appelle beaucoup qu'une dame caucasienne qui appelle beaucoup ?

Ouais... Je sais pas si vraiment... C'est difficile de se rendre compte. Mais bon, c'est difficile oui. Tout dépend de la relation qu'on peut réussir à obtenir avec la patiente quoi. On peut avoir un très bon relationnel avec une dame maghrébine qui appelle beaucoup et puis une dame caucasienne qui appelle beaucoup mais qui n'écoute pas nos conseils ou qui est agressive, on va être moins présente quoi.

Ok, est-ce que tu as des choses à rajouter par rapport à ça ? Des choses auxquelles tu penses ?

Hum... C'était pas évident de répondre à ces questions (rires) mais... Après non non, pour moi c'est pas une question d'origine ou de couleur, c'est plutôt une question de relation qu'on arrive à obtenir avec la patiente, voir si elle nous écoute, ou si elle est en demande de conseils, ou si elle préfère gérer de façon autonome, ou si elle ne nous regarde pas quand on parle des choses comme ça... Bon ben, voilà c'est surtout ça qui est important et qui détermine un peu l'implication qu'on peut avoir. Mais quelle que soit l'origine de la patiente quoi.

Ok ça marche, eh ben merci beaucoup d'avoir pris le temps !

Entretien 6

Alors toi tu es sage-femme déjà. Ça fait combien temps que tu exerces ?

Depuis juillet 2021.

Ok, et les services jusque-là, dans lesquels tu as exercé ?

Salle de naissance, suites de couches et les urgences...

Ok, moi dans mon mémoire je me focus sur la salle de naissance. Et donc la prise en charge de la douleur en salle de naissance. Est-ce que toi tu as déjà, une question un peu globale, est-ce que tu t'es déjà retrouvée en difficulté face à des demandes dues à des différences culturelles en salle de naissance ?

Oui par rapport à ça du coup... (rire) [fait référence au washî, conversation eu en off], comme on en parlait, par rapport au washî ou des choses comme ça... Surtout ici, il y a beaucoup, cette semi confiance avec la médecine occidentale. Du coup voilà elles viennent, elles sont contentes de l'avoir mais en même temps elles n'y croient pas à 100%. Elles croient aussi à leur médecine à elles, du coup bon, elles tentent, si elles voient que ça ne marche pas, elles vont dire « ça vous va je rentre quelques minutes » et on sait très bien qu'elles vont tester leur médecine à elle, pour voir si elles... Comme ça elles ont aussi l'impression d'avoir donné toutes leurs chances aux deux médecines...

Et d'être actrice aussi de leur...

Oui tout à fait !

Et souvent ça vient de quelles patientes ?

Ça peut être la population en Guyane, ça peut être les patientes du fleuve, que ce soit au Suriname ou côté Guyane, de toutes façons c'est historiquement la même chose, mais globalement maintenant, ça va être une assez large population. C'est des populations qui sont là depuis très longtemps à [nom de ville], donc plus vraiment considérée comme « du fleuve » vont garder quand même cette culture et puis ça se transmet aussi...

Ok, et toi par exemple, face à ces difficultés-là, comment tu t'arrives à t'en sortir ?

Bah soit, la plupart du temps, c'est assez « facile ». Soit c'est des accompagnants qui ramènent ce qu'il faut et qui le font dans la chambre, ce qui en soit bah, je préfère ça, comme ça au moins c'est sous notre surveillance « plus ou moins », s'il se passe quoique ce soit, si elle a très mal, on peut poser un monito, on est là, donc on ne fait que superviser le problème s'il doit y en avoir un. Ce qui est plus problématique, c'est quand elles partent, quand elles font des refus de soins ou des choses comme ça, pour pouvoir faire ce qu'elles ont à faire quoi. Et parfois, elles se mettent un peu en difficulté quand elles vont de l'autre côté du fleuve et qu'elles ne peuvent pas revenir, il y a des pertes de vue quoi...

Oui ok. Et, les différentes origines géographiques des femmes que tu retrouves dans le service, tu parlais des femmes du fleuve, mais géographiquement t'as identifié différents groupes ?

Oui. Il y a, du coup bah, comme je t'ai dit, celles du fleuve, majoritairement Guyane/Suriname, ensuite, il y a les patientes de métropole, plutôt Europe occidentale, ensuite on va avoir aussi, un peu de brésiliennes et un peu tout ce qui va être Antilles, donc avec Haïti, et République Dominicaine. Ça va être la majorité ouais...

Est-ce que toi c'est un terme que tu emploies pour les femmes blanches, de dire femmes « caucasiennes » ou « blanches » ou en fait vous utilisez surtout « métro » ici ?

Ouais, ici c'est plutôt « métro ». Ou sinon, ouais « blanche »...

Du coup, là je vais te poser différentes questions sur la prise en charge de la douleur, où je vais opposer les patientes métro aux autres. Donc, on peut commencer par le groupe des patientes Guyane/Suriname. Est-ce que toi déjà tu notes des différences, notamment dans leur manière de gérer la douleur ?

Ouais totalement. Mais aussi par rapport à la représentation de la douleur en règle générale, et de l'accouchement, qui ne va pas être calquée de la même façon que nous on peut l'apprendre, déjà même petits ou des choses comme ça. Je pense que ici, pour la plupart, vont vivre dans des conditions peut-être un peu plus dures, avec aussi beaucoup de frères et sœurs ou de choses comme ça. Donc aussi l'habitude de s'occuper de tout le monde, et du coup d'avoir peut-être parfois des douleurs ou des petits machins, ou des choses comme ça, où ils vont être obligés de se gérer tous seuls parce que, quand on est nombreux, on apprend par nous-mêmes. Et du coup je pense qu'il y a ça. Et je pense qu'il y a aussi la culture... Maintenant ça commence à évoluer, mais vraiment les générations d'avant, on voit souvent avec des jeunes qui sont accompagnées de leur mère, ou ça va être la mère qui va dire « non pour la péri » ou des choses comme ça, alors que la fille veut, par exemple. Ou la plupart du temps ça va être quand il va y avoir un changement d'accompagnateur où là, elle arrive à avoir la péridurale.

Ouais justement, une de mes questions c'était aussi dans leur recours à leur péridurale.

Pareil, une différence de quand j'étais venue en stage il y a deux ans, on était à 20% de péridurale, là on est passé à 30% à peu près. Donc il y a déjà 10% de différence, et que j'ai ressentis aussi, où plus facilement elles peuvent y aller alors que je me rappelle très bien d'une expérience où il y a deux ans, on avait dû batailler pendant une ou deux heures avec du coup la mère, qui ne voulait pas que sa fille, patiente de 16 ans, qui avait de gros ARCF, qui avait un risque de césarienne, qui voulait la péri. Et il y avait que la mère en fait qui pouvait traduire, et du coup elle faisait exprès de faire la barrière de la langue.

Donc, les patientes qui n'ont pas recours à la péridurale, ça va être ces trucs là, où il va y avoir un truc générationnel, et sinon, comment on peut expliquer qu'elles aient moins recours à la péridurale ? C'est comme ce que tu disais tout à l'heure avec la gestion de la douleur qui est différente ?

Je pense qu'il y a la gestion, je pense que aussi, un manque de confiance comme je disais aussi, par rapport à cette ambiguïté entre les deux. Du coup souvent des craintes aussi. Parfois elles disent « je vais avoir très mal au dos après, je vais plus pouvoir marcher ». Euh, bref, elles ont un peu peur de l'utiliser par la suite. Et puis ouais, que ça puisse contraindre l'accouchement.

[...] Ok très bien ! Et dans leur résistance à la douleur, est-ce que tu penses qu'il y a une différence ?

Bah c'est un peu de dire parce que c'est aussi une part très psychologique. Donc forcément j'ai envie de dire oui, dans le sens où elles ne vont pas voir la douleur de la même façon. Donc forcément la part psychologique, elles

vont réussir à la contenir parce qu'elles doivent avoir, j'ai pas envie de dire ça, mais plus ou moins cette force qu'elles ont réussi à créer au fil de leur vie. Et aussi cette représentation, je pense qu'il y a aussi la représentation de la douleur de l'accouchement qu'elles ne vont pas avoir de la même façon. Du coup, bah représentation et psychologie font que ça aide un peu plus. Après, je suis pas sûre... Là on parle vraiment juste pour l'accouchement, pour les autres douleurs je suis pas sûre que ça soit pareil.

Qu'est-ce que tu veux dire par représentation de l'accouchement justement ? Qu'est-ce qui diffère ?

Bah que elles ont l'habitude de le voir, je pense qu'il y a aussi beaucoup cette culture-là ici d'avoir des enfants, de vivre la grossesse, il y a tout et je pense que ça se fait beaucoup entre femmes, entre enfants et tout. Donc déjà très jeunes, elles le vivent, elles voient les pré travail qui se font à la maison, des choses comme ça. Du coup, elles savent comme ça se passe. Du coup, avec cette idée-là, tu te dis pas en mode « aaanh mince, elle a trop mal, elle a trop mal », non tu dis « c'est le moment où elle va accoucher ». Donc les femmes s'entre-aident, les femmes sont là, enfin c'est une vision qui est assez différente.

Ouais ok. Oui d'ailleurs on le voit dans les salles de naissance, au niveau des accompagnantes [« e » appuyé], c'est souvent des accompagnantes en fait. Et, donc on a parlé de recours à la péridurale, et est-ce qu'elles ont recours à d'autres modes d'analgésie ?

Le gaz, beaucoup ici. Le gaz, elles sont assez chaudes pour l'avoir. En fait, c'est vraiment aussi une crainte de la péridurale, parce que tout ce que l'on propose d'autre, elles sont plutôt pour.

Ok, gaz... Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

Gaz... Après si on leur propose tout ce qui est Spasfon, Doliprane, ça aussi (rire), on prend. On a l'impression d'être ridicule (rires), mais quand on le propose, elles sont là « oui d'accord » ou alors quand on dit « vous voulez quelque chose ? » « spasfon doliprane » [en chuchotant] (rires). J'ai l'impression de te faire un bisou sur le front mais bon... Pourquoi pas ! Après, elles sont contentes, elles ont l'impression qu'on fait quelque chose et puis, elles aussi elles ont quelque chose, donc voilà quoi. Mais sinon après, le Nubain ou des choses comme ça... Mais ouais, soit les antalgiques « classiques » soit le gaz. C'est vrai que la péridurale, c'est vraiment le dernier recours.

Ok. Est-ce que toi tu notes une différence dans ton accompagnement et ta communication avec ces patientes ?

Euh... Bah l'accompagnement oui, on va dire que ce qu'on a appris à l'école, en mode « faut rester avec elle » « faut la chouchouter » tout ça, alors que, ça bascule ici, parce que là-bas, on a plus de 80-90% de péridurale, donc forcément celles qui n'en prennent pas, c'est une « faut les chouchouter » parce qu'elles sont rares, alors que ici, c'est complètement l'inverse ! Du coup, la vision ici c'est différent, on arrive plus à créer un lien entourant, avec les patientes, du moins, à l'accouchement, avec les patientes qui ont une péridurale. Parce que finalement, on a plus de temps. Ici souvent, elles arrivent, elles ont très mal, elles accouchent très rapidement. C'est après qu'on arrive à créer le lien. Du coup, c'est un peu différent mais... Mais c'est aussi enrichissant mais... Oui forcément l'accompagnement est différent.

Ouais ok. Euh... Pour prendre un groupe que tu as cité tout à l'heure, tu parlais aussi des personnes qui venaient des Antilles. Est-ce que là, pareil, dans leur manière de gérer la douleur, tu vas avoir des différences avec les métro ?

Totalement. Surtout entre Suriname et ici, on voit beaucoup de patientes Haïtiennes. Je sais pas si tu as déjà eu l'expérience ici, elles vont être très demandeuses pour le coup. Autant, les autres, bon voilà tu sais qu'elles ont mal et tout, bah elles vont pas te demander, ou au contraire elles vont vouloir marcher et être très actives et tout. Là au contraire, elles vont être très démonstratives, et très demandeuses. Dès qu'on vient, elles te tiennent la main, te prendre, te tirer la blouse (rires), voilà très représentatif ! Et il y avait, je pense une légende, qui m'avait dit parce qu'en Haïti, il y pas assez de sage-femmes pour toutes les patientes, du coup c'était à celle qui ferait le plus de bruit, pour avoir l'attention de la sage-femme, qui aurait les bons soins.

Ok, ça pourrait être une explication ! Est-ce que tu as d'autres choses qui pourrait expliquer cette différence ? De ton expérience ?

De mon expérience ? Je pense pareil, la représentation aussi, avec les accompagnantes. Comme tu l'as vu, les accompagnantes des patientes où elles vont être beaucoup plus mutiques et tout, bah les accompagnants sont sur le fauteuil, ils disent rien. Alors que les patientes haïtiennes, ça va être des patientes qui vont chanter, qui vont parler, qui vont prier à côté, qui vont bouger là là là là. Du coup, ça va avec j'ai envie de dire. Elles s'entraînent là-dedans [inaudible]... Ah et j'ai oublié de parler d'une population, il y a une population « Mong » aussi.

Ouais, on va en parler après ! Et elles, c'est toujours difficile cette question, mais leur résistance à la douleur, comment tu la décrirais et les différences ?

Elle est quasi pareille, parce que finalement, elles ont recours très peu à la péridurale. Elles vont tout aussi bien accoucher. C'est-à-dire, elles ont exactement les mêmes douleurs, contractions. Et pourtant ouais... C'est juste la démonstration qui va être différente.

Et leur recours à la péridurale, tu l'expliques de la même manière que pour les patientes du Suriname ?

Un peu plus quand même ! Mais, là pour le coup, je connais moins les raisons. Peut-être...

T'as aussi une barrière des aînées, enfin des générations au-dessus, des mères ou... ?

Je pense peut-être un peu aussi, parce que les patientes Haïtiennes, il y a la religion aussi. Peut-être qu'il y a ça aussi là-dedans. On sait que c'est cette vision là... Là j'ai plus de doute, c'est vrai. J'ai moins communiqué là-dessus.

Ok, euh... L'autre population dont tu m'avais parlée avant les mongs, c'était... Oui les brésiliennes ! Pareil, c'est toujours les mêmes questions, leur manière de gérer la douleur, le recours à la péridurale...

La plupart du temps, je les ai trouvées plutôt à assez bien à gérer et tout... Mais le plus « drôle », c'est leur rapport à la césarienne aussi. Ça va être en mode « bon pourquoi pas on commence et puis si je vois que... Si j'en peux plus... Voilà quoi » (rires). Plutôt marrant en fait, elles sont moins, genre péri et j'accouche voie basse.

Et elles ont recours à la péridurale ces patientes ?

Oui oui, elles peuvent avoir recours et... Plus facilement. Elles ont moins de difficultés par rapport à la représentation de la péridurale.

Et sur la gestion de la douleur sur un travail avant une péridurale, comment elles sont par rapport aux métros ou mêmes les autres dont tu me parlais ?

Moi j'en ai pas eu beaucoup, mais de celles que j'ai eues, une aussi bonne résistance que les autres, et pas comme les haïtiennes, elles vont plutôt être, enfin, réussir à contenir finalement et à gérer seules la plupart du temps. En plus, c'étaient des femmes qui étaient seules quand elles venaient, et vraiment elles géraient ça dans leur coin et tout.

Donc toi dans ton accompagnement, il y a quelque chose qui change par rapport aux autres, ou ça va rester globalement la même chose ? [acquiesce] Ok, ouais ! Est-ce que tu notes des différences notables en salle de naissance ?

Pfff non, pas plus que ça.

Ok, donc les patientes mongs du coup ?

Et Mong pour le coup, ça aussi c'est très particulier. La plupart du temps, elles sont accompagnées plutôt de leur copain, du père de leur enfant du moins. Et pour le coup, la péridurale, c'est pas un problème du tout. Après, là ça dépend, là c'est vrai que je retrouve un peu plus cette euh... Ce que je retrouve un peu en métropole de « est-ce que je la veux, est-ce que je la veux pas ? » ou des choses comme ça. Moins par rapport à d'autres choses, un peu genre de croyance, ça va être plus genre « mon ressenti ». Si j'en ai envie je la prends, si j'en ai pas envie, je la prends pas. Si ça va vite, je préfère le faire sans, si ça prend du temps, autant prendre la péri quoi. Voilà, elles ne sont pas contre tout ce qui va être gaz tout ça... Pour tester avant, mais si elles voient que ça dure un peu longtemps, c'est vrai qu'elles sont plutôt à prendre la péri. Ou alors quand elles ont plusieurs enfants aussi, si le premier elles ont eu péri, elles vont la prendre aussi. Plutôt demandeuses. Après ça c'est mon expérience, j'en ai pas eu énormément non plus.

Oui oui. Et dans leur manière de gérer et de résister à la douleur ?

Bah, peut être moins résister. Elles vont quand même être plus demandeuses, sonner plus régulièrement, quand elles vont voir que ça fait un petit moment qu'elles ont des contractions. Alors que pour nous ça paraît peu, 1h pour nous sur un début de travail, ça va paraître rien, c'est vrai qu'elles vont nous appeler peut-être 2-3 fois sur cette heure-là. Ou elles vont vouloir que ça avance un peu plus quoi. Alors que, pareil, encore une fois la représentation de l'accouchement s'est peut-être un peu perdue et du coup elles n'ont pas la même notion du temps par rapport à des personnes qui l'ont vécu régulièrement.

Ouais ok. Est-ce que pour ces patientes-là, tu notes d'autres différences ? [fais non de la tête] Non ? Ok ! Est-ce que tu penses que globalement pour les patientes de ces différents groupes qu'il existe des soins différenciés ? Qu'on ne va pas forcément les traiter de la même manière, en fonction de leur groupe ethnique ou d'où elles viennent ? Ou des accompagnements différents, ou des manières différentes de les conseiller dans leur choix ?

Hum... Là il y a un truc qui me marque un peu plus, c'est quand je fais mon passage des UGO à ici [SDN], la proposition de la péridurale. C'est vrai que c'est quelque chose qu'on a beaucoup plus systématiquement, enfin au moins moi, en métropole, parce que souvent, c'est un peu ce qu'elles veulent à 3 cm, bah là on passe en salle et péri, voilà, c'est un peu systématisé. Alors qu'ici, comme c'est peu souvent finalement, alors que je pourrais finalement proposer, parce que pourquoi pas, quitte à ce que le « non » soit majoritaire, c'est pas la question en soit, et c'est vrai que oui, parce que de principe, je sais que ça va être non ou du moins, elles la voudront plus tard, bah ça sera posé après quoi. Alors que c'est vrai, que je devrais le proposer avant, comme tout le monde

quoi.

Est-ce que tu as d'autres exemples qui te viennent en tête ?

Hum, pas plus que ça...

Où même des choses que tu as pu voir de tes collègues, sage-femme, AS, AP ?

L'utilisation du nubain ici, que j'utilise pas du tout en métropole. Ou très peu. C'est vrai qu'ici, tout ce qui est demi-ampoule, la titration aussi, le faire sur une contraction ou des choses comme ça, toutes ces petites méthodes là. Le gaz qu'on utilise pas mal ici... Mais bon après, c'est aussi en métropole. Non ça va être surtout ça, et puis le mouvement, marcher tout ça... Qu'on favorise vachement, parce que l'avantage de pas voir de péridurale, c'est aussi de pouvoir faire ça et parce qu'elles sont demandeuses aussi. Et ça c'est top, des patientes qui sont actives et qui le veulent. [...] Je pense aussi aux bains, qu'on a pas, mais du coup les douches et tout, qu'on peut utiliser facilement, bouillottes, enfin tout ce qui est chaud quoi.

Elles vont être en demande de ça ou c'est plus des choses qu'on leur propose ?

On peut leur proposer et voilà... Après la douche parfois elles demandent, mais sinon, on peut proposer assez facilement...

Ok ! Bah cool, merci beaucoup !

Entretien 7

Du coup, toi t'es sage-femme, ça fait combien de temps que tu exerces ?

Ça fait 3 ans.

Et dans quels services de maternité t'as déjà travaillé depuis tes trois ans ?

J'ai fait tous les services, suites de couches, salle de naissance, grossesse patho, le seul service que j'ai pas fait, c'est les consultations.

D'accord, ok. Moi dans mon entretien, je me concentre sur la salle de naissance. Et donc comme ce que j'avais déjà expliqué, sur la prise en charge de la douleur en salle de naissance. Voilà. Est-ce que déjà, une question assez générale, dans ton exercice en salle de naissance, tu t'es déjà retrouvée en difficulté face à des demandes dûes à des différences culturelles ? Et si oui, venant de qui ? Pourquoi ? Et comment tu as réussi à t'en sortir ?

Alors, euh, des difficultés, je dirai que oui, au niveau culturel. Par exemple si on prend la population bushinenguée, je pense qu'on peut dire, enfin pas tout le monde, faut pas faire de généralités, mais certaines patientes sont quand même méfiantes de la médecine occidentale. Et euh, elles refusent parfois les thérapeutiques qu'on leur propose. Et aussi, bah dans le cadre de la gestion de la douleur, parfois le MEOPA et la péridurale, ça peut être refusé, parce qu'elles sont méfiantes, elles ont peur qu'il y ait des risques pour leur santé et pour celle de bébé. Voilà. Et la péridurale, je pense il y a aussi, une méconnaissance de la péridurale ici dans la population guyanaise. Elles pensent qu'elles vont être handicapées en fait, si on pose la péridurale. Donc, voilà, et en fait c'est assez culturel, déjà sans méthode de gestion de la douleur, et bah je sais pas si tu as déjà été confrontée à ça peut-être toi en salle, quand t'as une patiente qui est très jeune, elle est souvent accompagnée d'une grande sœur ou de sa maman ou d'une tante, et c'est parfois la tante ou l'accompagnante qui prend la décision à sa place de refuser la péridurale. Donc, ça, ça arrive quand même assez souvent. Et euh, dans ce cas pour gérer la situation, ce qu'on demande c'est à l'accompagnante de sortir de la salle pour donner des explications seulement à la jeune fille. Parce quand elles sont jeunes, c'est l'accompagnante qui décide à leur place, pour avoir son consentement éclairé uniquement à elle et que ça soit pas quelqu'un qui prenne la décision à sa place.

Donc toi ta solution dans ce cas de figure, c'est de faire sortir l'accompagnante ou l'accompagnant.

Ouais c'est ça, et de réexpliquer le déroulement de la pose de péridurale, d'expliquer les risques et de rassurer aussi parce que, 'fin, on leur dit souvent qu'elles vont être handicapées si elles posent la péridurale. Voilà, de les rassurer sur ce côté-là quoi.

Et quand tu parles de la population bushinenguée, tu fais référence à quelles patientes ?

Euh, bah aux patientes qui sont des bushinenguées, les noires marrons qu'on appelle, qui sont sur les fleuves du côté Suriname et du côté Guyanais. Après, il y a des tendances générales pour les populations. Par exemple chez les Haïtiennes, ça va être un autre problème de la gestion de la douleur. Ça va être plutôt qu'elle font, 'fin c'est pas vraiment un problème, mais elles expriment de manière très sonore leur douleur. Voilà, c'est pareil, elles aussi elles refusent parfois la péridurale.

Du coup ce qu'on va faire, je vais reprendre un peu toutes les origines géographiques des femmes que tu retrouves le plus fréquemment dans ton exercice en salle de naissance, et puis te poser quelques questions sur leur gestion de la douleur etc. Toi juste en opposition à tous ces groupes de femmes d'origine différente, tu parles de femmes « caucasiennes » « métro », « blanches » ? Qu'est-ce que tu utilises comme terme ?

Alors déjà on fait un peu la distinction entre nous les métro et les locaux. Et après les locaux, c'est très varié, il y a les mongs, les amérindiennes, les chinoises, les guyanaises, donc dans les guyanaises, il y a les bushinenguées, les créoles, voilà, il y a des brésiliennes. Voilà les termes que j'utilise.

Ok ça marche. Donc du coup, par exemple pour le groupe des femmes bushinenguées, on a commencé à en parler. Donc, tu disais leur recours à la péridurale était différent. Est-ce que tu penses que par rapport à des femmes métro, il y a une manière différente de gérer la douleur ?

Bah déjà, je pense que l'utilisation de la péridurale en métropole, elle est très généralisée, je sais pas combien, peut être 90% des femmes qui accouchent. J'ai pas les chiffres en tête mais ici on doit être aux alentours de 1 patiente sur 5, sur 6 peut être, qui demandent la péri. Après, c'est vrai que les médecins, sont aussi beaucoup pour les poser dans le cadre d'ARCF, c'est presque une indication pour eux ici, pour éviter une anesthésie générale, donc des fois ils forcent un peu la patiente à prendre la péri.

Ok. Et dans leur gestion elle « pure » de la douleur, sans même parler de recours à des méthodes analgésiques, est-ce que tu as l'impression qu'elles gèrent différemment ?

Déjà, je pense qu'on peut parler un petit peu de la préparation à la naissance. Si on peut faire un peu le parallèle en France, je pense que les femmes il y en a beaucoup, bah la grande majorité qui sont suivies, et qui prennent des cours de préparation à la naissance, que ce soit seule ou avec leur conjoint, et elles apprennent peut-être des techniques de respirations ou peut-être d'autres méthodes de gestion de la douleur. Alors que la population ici, je pense qu'il y a très peu de femmes qui suivent des cours de préparation, pour ne pas dire presque aucune. Et qui du coup ne gèrent pas du tout la douleur comme on pourrait apprendre avec les méthodes de respiration, ou... En métropole, ça m'est arrivé de voir des papas qui faisaient des massages, ça j'ai jamais vu ici. Et puis même, les accompagnantes, elles aident pas du tout à gérer la douleur. J'ai jamais vu une accompagnante aider une femme à souffler ou même d'elle-même spontanément un massage dans le dos, ou prendre la main de la patiente pour la soutenir, ils sont assez... Je trouve qu'elles se retrouvent assez seules avec leur douleur en fait.

Ok ok, et du coup c'est ça qui émanerait d'une gestion différente de la douleur quoi ?

Ouais. Et puis même nous quand on essaye de les accompagner en fait au niveau de la gestion de la douleur, par exemple quand elles refusent le MEOPA, la péridurale, on essaye de leur expliquer les méthodes de respirations, qu'on respire avec elles, qu'on leur montre comment il faut faire, souvent elles ne suivent pas en fait les explications, et elles continuent de respirer, de faire à leur manière en fait.

Et est-ce que tu penses que c'est lié à la confiance dans le corps médical dont tu parlais au début ? Ou c'est juste qu'elles ont envie de gérer toute seule ?

Hum, alors est-ce que lié...

Enfin toi est-ce que tu penses que c'est lié, est-ce que tu as un avis dessus ?

Ouais... Ouais je pense que c'est culturel, je pense que de manière générale, elles se fient pas toujours à nous, il y a peut-être un manque de confiance aussi, en notre médecine. Et c'est assez paradoxal, parce que d'un autre côté elles viennent toutes accoucher à l'hôpital, donc c'est quand même que quelque part elles ont quand même confiance, sinon elles accoucheraient à la maison. Mais euh... Pour cette chose-là, peut-être qu'elles se disent que c'est inutile. Peut-être qu'elles n'en voient pas l'intérêt. Donc elles font pas l'effort d'essayer...

Ok. Et est-ce que, pareil je mets toujours en parallèle les femmes identifiées comme blanche ou métro, est-ce que pour les patientes bushinenguées, tu remarques une différence dans leur résistance à la douleur ?

Ah oui ! Largement. Je pense qu'elles ont pas du tout le même seuil de douleur que nous. Alors encore une fois, je sais pas du tout si c'est culturel ou vraiment génétique on peut dire. Mais elles gèrent pas du tout leur douleur de la même manière. Parfois elles arrivent à l'hôpital, c'est des primipares, elles sont déjà à 5 ou 6 cm et elles crient pas, elles sont... Contrairement aux Haïtiennes dont je parlais tout à l'heure, elles sont très... Discrètes dans l'expression de leur douleur. Elles gèrent très bien ouais, elles gèrent très très bien la douleur. (pause) Je pense que c'est assez rare en métropole de voir des patientes primi à 6-7 cm. A mon avis souvent, elles consultent, elles sont à un doigt et faut leur dire de revenir et... Ici, elles viennent, elles accouchent. Elles viennent pour accoucher quoi, vraiment.

Ok. Et ça tu penses que c'est dû à quoi ? Le fait d'arriver pour accoucher quoi.

Euh... (pause) Je réfléchis hein... Je pense, que c'est peut-être aussi lié au fait qu'elles sont moins stressées que la population métro. Peut-être qu'une femme, déjà elle consulte moins en cas de problème. Elles sont moins

anxieuses par rapport à l'accouchement. Donc peut-être qu'une métrou qui serait chez elle et qui aurait des contractions aurait une contraction toutes les 10 minutes et viendrait consulter tout de suite. Et peut-être que la patiente bushinenguée va pas s'inquiéter tout de suite d'avoir des contractions. Ou par exemple, ça nous arrive de temps en temps d'avoir des patientes qui ont rompu, ça fait 48h, et elle se présente seulement aux urgences parce qu'elles n'ont pas le même seuil d'inquiétude que des patientes métrou. Donc, voilà, je pense qu'il y a ça aussi qui joue dans le fait qu'elles arrivent un peu plus tard... Je sais pas, je pense que la douleur elles la ressentent mais, à mon avis, elles s'inquiètent moins vite que les patientes caucasiennes.

Oui ok. Et tu penses que c'est lié à quoi ça qu'elles s'inquiètent moins vite ?

Bah ça c'est culturel hein, c'est culturel. On le voit quand on dépiste des soucis pendant la grossesse, elles n'ont pas l'air si inquiètes. Je pense qu'elles prennent les choses comme elles viennent... Elles consultent pas forcément. Mais des fois c'est dramatique parce que la situation est déjà avancée.

Ok. Et toi dans ton accompagnement et dans ta communication, est-ce que tu notes des différences quand tu vas avoir une femme métrou et une femme bushinenguée ?

Toujours du point de vue de la gestion de la douleur hein ? Dans mon accompagnement, je pense que passerai plus de temps auprès d'une patiente métrou, parce que j'en ai parfois qui sont en Guyane, c'est rare. Mais elles sont plus... Elles nous sollicitent plus facilement pour qu'on leur apporte de l'attention, alors que je ressens pas cette nécessité chez les patientes bushinenguées. Je sens pas qu'elles ont autant besoin de nous. Elles ne sont pas aussi demandeuses de notre présence. Elles gèrent toutes seules. Donc ça serait peut-être la différence. Je me sens moins utile dans la gestion de la douleur auprès de cette population qu'auprès d'une patiente métrou par exemple.

Ok, ok. Et tu parlais aussi des patientes Haïtiennes ? Du coup là où c'est encore différent. Est-ce que tu penses, que par rapport aux femmes métrous, ou même aux bushinenguées, une manière différente de gérer la douleur, ou alors une histoire de résistance à la douleur ?

Alors les patientes Haïtiennes, pour le coup c'est totalement le contraire. Elles peuvent être à 1 cm et hurler pendant des heures, à tel point tu te dis qu'elles vont être fatiguées (rire) si elles hurlent comme ça jusqu'à l'accouchement ! Mais, oui, pour le coup, elles, c'est le contraire, on a l'impression qu'elles gèrent pas du tout la douleur alors qu'en fait, c'est juste leur mode de gérer et de... Elles font des prières aussi pendant les contractions. Elles sont très croyantes en général les Haïtiennes, donc elles s'en réfèrent souvent à Dieu en fait pendant le travail. Et pour le coup, c'est pareil, j'ai pas l'impression qu'elles ont énormément besoin de nous. Pour gérer leur douleur, elles font les prières... Là pour le coup c'est pas comme les bushinenguées, elles sont accompagnées et je trouve que l'accompagnant a plus sa place... Parce qu'elles vont faire souvent les prières à deux euh... Ouais.

Quand tu dis qu'elles sont accompagnées, elles sont accompagnées pareil par des sœurs, ou leur mère ?...

Alors les hommes, que ça soit les Haïtiennes, les bushinenguées, ils n'ont pas trop leur place en salle de naissance. C'est plus, souvent une femme de la famille qui accompagne la patiente en salle d'accouchement. Et ouais j'ai quand même l'impression dans la population haïtienne que l'accompagnante est plus impliquée, a un rôle à jouer pour soutenir la patiente. Je sais si t'as eu cette impression aussi en venant en stage ?

Bah moi après c'était pas facile, je débarquais en Guyane donc rien que le fait d'arriver à catégoriser les différentes populations, quand tu connais pas trop les différentes communautés qui y habitent, c'est difficile de classer dès le début quoi.

Oui, nous maintenant on les reconnaît ! Justement une patiente qui crie « Jésus » pendant les contractions, on va dire « ah bah tiens, elle, elle est haïtienne ». On arrive à les repérer très vite de cette manière.

Ouais ok. Et est-ce que du coup tu penses aussi que le fait qu'elles expriment leur douleur de cette manière-là, c'est une histoire de résistance à la douleur ou c'est vraiment une manière de gérer la douleur comme ça ?

Ouais moi je pense que c'est une manière de gérer, je pense que c'est culturel. Je pense pas qu'elles ont plus mal ou moins mal qu'une autre. Je pense que c'est simplement leur manière d'exprimer leur douleur. Et peut-être de la partager avec la personne qui les accompagne. J'ai comme l'impression que c'est un partage. Qu'elles expriment leur douleur pour qu'on les soutienne, pour qu'on les plaigne, pour que l'accompagnant prie avec elles. C'est comme ça que je le perçois en tous cas. Elles ont besoin de communiquer cette douleur. Alors que la patiente bushinenguée va être plus réservée. Mais ça de manière générale hein, elles sont très timides, parfois elles te regardent pas dans les yeux, elles te répondent à peine. Il y a une grande timidité dans cette population-là. Et au niveau de la douleur, on le ressent, elles sont très silencieuses. Mais je pense pas non plus qu'elles aient moins mal qu'une autre. Je pense simplement qu'elles gardent leur douleur pour elles. Elles la partagent pas.

Ok. Est-ce que pour ces deux groupes de femmes, tu avais des choses à rajouter ?

Hum... Quand elles appellent en salle de naissance pour dire qu'elles ont mal, en général c'est pas parce qu'elles veulent qu'on les soulage, parce que si on leur propose par exemple, bon il y en a qui acceptent les thérapeutiques, mais ça arrive que parfois, on leur ait tout proposé, même parfois du paracétamol, qu'elles refusent, et elles nous

appellent quand même pour nous dire qu'elles ont mal. A ce moment-là, c'est pas parce qu'elles veulent qu'on les soulage, c'est plus pour nous signifier qu'elles pensent qu'elles vont bientôt accoucher. Donc « madame, vérifie le col », c'est ça qu'elles veulent dire pour voir si elles accouchent bientôt. Parce que « j'ai plus mal qu'il y a une heure ».

Ok, ok. Tu me parlais aussi de la population Mong. Comment tu définis cette population ? D'où elles sont originaires ?

Euh alors ils sont originaires du Laos. C'est une population qui a immigré en Guyane, il y a une cinquantaine d'années, qui ont été emmenées ici en fait par les français pour faire de l'agriculture. Voilà, au niveau historique, je suis pas une pro (rires). [...] Eux au niveau culturel, je dirais qu'ils ont plus confiance en la médecine occidentale, ça se rapprocherait plus de notre culture. Par exemple, ils font suivre leur grossesse, ils ont moins d'enfants... C'est vrai qu'on n'a pas parlé du nombre d'enfant par rapport à la gestion de la douleur, c'est quand même important. On pourra en parler après. Elles font que 2-3 enfants, un peu comme les européens. Et niveau vaccination, ils sont vaccinés, ils se font suivre... Je pense qu'ils ont un peu la même mentalité du point de vue santé que les européens. Et du coup, au niveau gestion de la douleur, elles par contre elles sont accompagnées par leur mari en général. Elles sont souvent demandeuses d'un péridurale, et c'est un peu leur manière de gérer leur douleur, un peu comme à l'européenne je pense.

Pareil dans leur résistance à la douleur, tu notes des différences par rapport à des femmes métros ?

Je dirais que c'est pareil. Il n'y a pas de grande différence entre cette population et la population que j'ai pu voir en métropole.

Et toi du coup dans ton accompagnement ou ta communication, tu notes des différences ?

Non. Par contre, pour ce type de population, je pense que ça va être le même accompagnement que les patientes européennes. Après il y a aussi le fait qu'elles parlent français couramment. Du coup elles posent plus de questions, la communication elle passe aussi plus facilement. Et je pense aussi leur méfiance envers la médecine occidentale et envers le personnel de santé de l'hôpital vient aussi du fait qu'elles ne comprennent pas tout ce qu'on leur dit. Et ça aussi, c'est normal de pas accepter toutes les thérapeutiques qu'on te propose quand t'as pas compris exactement de quoi il s'agissait. Donc, c'est assez normal. Je parle un petit peu le bushinengué mais pas suffisamment pour expliquer tout dans les moindres détails. Et après on parlait du nombre d'enfants... Bah ça je pense que c'est logique hein : plus elles ont d'enfants, moins elles ont besoin de nous hein. Elles savent faire et en plus ça va vite, donc c'est sûr qu'on va passer plus de temps avec une primi qu'avec une grande multi. Elles font facilement dix voire douze enfants. La patiente qui est à son huitième enfant, elle ne va pas vraiment te solliciter pour que tu l'accompagnes dans sa douleur, en général. Après il y en a quand même qui sont demandeuses, des grandes multi. Des contractions, que tu aies un enfant ou que tu en aies dix, ça fait quand même mal ! On a quand même des grandes multi qui sont demandeuses de MEOPA, de péri...

Oui il y en a quand même qui accepte d'autres types d'analgésie type MEOPA, ou autre... Ok. Dans les différentes origines dont tu me parlais tout à l'heure, tu m'as aussi cité les Brésiliennes. Est-ce que pareil, c'est les mêmes questions, dans la gestion de la douleur, la résistance à la douleur, le recours à la péridurale... Est-ce que tu notes des différences ?

Alors les brésiliennes, je t'avoue que j'en ai pas eu souvent. J'en ai très très peu, euh je vais pas pouvoir me prononcer dessus car je ne me rappelle pas d'avoir accouché une brésilienne... C'est sûrement arrivé mais j'ai pas du en accoucher assez pour en tirer une conclusion. En plus le Brésil c'est très grand, que ça soit une patiente brésilienne du camp d'orpaillage ou que ça soit une brésilienne qui vient de Rio, ça va pas déjà être le même type de population, donc je peux pas vraiment me prononcer sur les brésiliennes, désolée...

T'inquiète ! Est-ce que j'ai oublié un groupe de femmes dont tu m'as parlé tout à l'heure ? Dans celles que tu m'as citées...

Les créoles ? [...] C'est comme les métros. C'est plus une mentalité occidentale. Pareil en fait c'est marrant parce que celles qui sont... Il y a comme un package quoi, celles qui sont accompagnés soit par une femme de la famille, soit par le papa. En général, celles qui sont accompagnées par leur mari, c'est des femmes avec des schémas familiaux plus classiques avec un, deux, voire trois enfants, accompagnées par le papa, médecine plutôt occidentale, qui parlent français, tous les créoles parlent français, ce qui n'est pas le cas des patientes bushinenguées, qui ont des grossesses bien suivies, qui font des cours de préparation à la naissance, qui sont souvent demandeuses de thérapeutiques pour gérer la douleur, voilà, qui ont besoin que la sage-femme réponde à leurs questions, les rassurent et soulage leur douleur, voilà. Donc je dirais que la population créole se rapproche plus, comme les Mong, des patientes métros, qu'on appelle métros.

Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter par rapport à toutes ces patientes, à leur gestion de la douleur, des choses que tu aurais oublié de mentionner ou que tu voudrais rajouter ?

Hum... (pause) Ça me reviendra peut-être à un autre moment, mais je pense qu'on a fait le tour.

Est-ce que du coup, par toutes ces différences qu'on a évoquées juste avant, tu penses qu'il peut exister des soins différenciés pour ces patientes ? Est-ce que tu penses qu'il peut y avoir des accompagnements différents, ou manière différente de les conseiller dans leur choix ?

Alors bah ça c'est une bonne question, tu vois j'aurais pu l'évoquer tout à l'heure. Par exemple, dans certains cas, j'ai déjà remarqué qu'une patiente qui parle pas français ou une barrière de la langue, déjà quand on fait intervenir une personne qui parle la langue, qui va lui expliquer dans sa langue, elle va déjà avoir beaucoup plus confiance en nous, parce que déjà elle aura compris ce qu'on lui a expliqué, et elle peut accepter plus facilement par exemple une pose de péridurale ou tout autre médication en général. Oui c'est vrai que ça serait bien d'avoir pour la prise en charge de la douleur de ces patientes, quelqu'un en fait qui pourrait traduire plus fréquemment et... Ça simplifierai beaucoup de choses. Et puis même, pour les patientes ça serait beaucoup plus rassurant !

Et du coup tu penses que sans ces interprètes qui pourraient être là pour faciliter la chose, il y a des choses qui se passent différemment, des soins qui se passent différemment pour ces patientes que pour des patientes métros ou du moins des patientes qui parlent français ?

Bah on va faire face à des refus en fait, c'est ça qui va se passer différemment. Surtout des refus, de la méfiance, donc ça facilite quand même la communication entre l'équipe soignante et les patientes. Après, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour la prise en charge de la douleur ? Euh alors, elles ont déjà la consultation d'anesthésie avec l'anesthésiste au préalable, qui explique les méthodes analgésiques pour un accouchement mais en fait c'est le même problème, il explique mais si elles comprennent pas, elles comprennent pas quoi... Et les médecins, ils parlent pas non plus la langue locale. Après, prise en charge de la douleur, je pense que ça serait bien qu'elles fassent des cours de préparation à la naissance, dans leur langue. Il y a des sage-femmes libérales qui sont installées depuis longtemps, qui parlent le bushinengué. Mais en fait, je pense qu'elles sont pas demandeuses. Et puis parfois elles ne font pas suivre leur grossesse, alors leur demander de suivre des cours de préparation à la naissance... Ça viendra peut-être hein ! Mais pour le moment je pense qu'elles sont pas demandeuses de ce genre de... C'est une offre de soin en fait, et elles sont pas demandeuses de ça quoi.

Et pareil, est-ce que toi t'as déjà été témoin d'un traitement qui va être un peu différent pour une patiente bushinenguée en face de toi que si tu as une patiente métro qui est devant toi ?

Ah oui ! Oui oui clairement. Je pense pas moi personnellement faire une différence de traitement entre les patientes, je vais m'adapter, c'est sûr entre une patiente métro, une patiente bushinenguée, une patiente créole, je vais m'adapter à la personne en face de moi, mais je vais pas être plus négligente avec une plus qu'une autre. Mais j'ai déjà vu oui, je pense qu'il y a des traitements... Je pense plutôt à l'équipe médicale, des traitements qui sont parfois infligés à des patientes qui ne parlent pas français où par exemple on ne va pas leur expliquer. J'ai déjà vu des touchers vaginaux de force très douloureux, la patiente qui crie, le médecin qui continue, qui ne s'arrête pas... Je pense pas qu'il aurait le même comportement envers une patiente qui parlerait français. Ouais je pense qu'il y a parfois un peu plus de négligence... A mon avis c'est vraiment la barrière de la langue qui crée la négligence. Je ne pense pas que ça soit, la culture, je pense que c'est plus un problème de barrière de langue. Parce que la culture ici, voilà il y a beaucoup de cultures différentes et je vois par exemple on prend une patiente créole et une patiente bushinenguée, si on prend la couleur de peau, c'est deux patientes qui ont la peau noire mais je pense que les médecins ou les sage-femmes seront plus attentifs à une patiente créole qui parle français qu'à une patiente bushinenguée. Et du coup, je pense pas que ce soit vraiment culturel ou lié à la couleur de la peau. Je pense que la barrière de la langue c'est un problème majeur dans la prise en charge, que ce soit de la douleur mais aussi si on élargit, la prise en charge médicale en général en fait. Je pense qu'il y a une plus mauvaise prise en charge d'une patiente qui parle pas français qu'une patiente qui parle français. Je pense qu'ils se disent « de toutes façons elle a pas compris, elle va pas prendre ses médicaments, elle ira pas faire son suivi »...

Ok. Moi j'arrive au bout de mes questions, est-ce que tu as quelque chose auquel tu penses qui te viennes ?

Bah après si tu veux faire référence au racisme, je pense que le racisme il n'est pas lié à la couleur de peau, je le ressens pas comme ça, il n'est pas lié à l'ethnie ou la couleur de peau, je le sens vraiment lié à la barrière de la langue. Comme si on une patiente qui ne parlait pas français était inférieure, comme si elle était un peu bête parce qu'elle comprend pas tu vois. C'est comme ça que je le ressens.

Ok très bien. T'avais déjà chose à rajouter ?

Non je pense que c'est bon !

Ok cool, eh ben merci beaucoup !

Entretien 8

Alors du coup, toi t'es sagefemme, ça fait combien de temps que tu exerces ?

Depuis 2019, donc 3 ans.

Ok depuis 2019, et dans quels services de maternité t'as déjà travaillé ? Est-ce que tu as déjà travaillé en salle de naissance ?

Ouais, alors en gros les 6 premiers mois, j'ai fait 3 mois de suite de couche, 3 mois de salle/UGO. Ensuite ; j'ai fait 6 mois en dispensaire, ensuite 3 mois suite de couche, 3 mois de salle/UGO. Et ensuite, 4 ou 5 mois de salle et après surtout de la suite de couche et de la consult.

D'accord ! Et tu as fait tout ça en Guyane du coup ?

Ouais.

Ok. Alors déjà, les femmes que tu as retrouvées le plus souvent dans ton exercice, de quelles origines géographiques elles sont ou leur pays de naissance ?

Elles sont bushinenguées la plupart. C'est les noires-marrons du fleuve en fait. Elles sont nées soit en Guyane, soit au Suriname. C'est la majorité de la population qu'on a.

Et t'as d'autres groupe de patientes d'origines géographiques que tu retrouves ?

Ouais, on a des Haïtiens, on a des Mong. Les Mong, ils viennent de Guyane, mais c'est une ethnie plutôt qui vient du Laos, mais qui sont pour la plupart nées en Guyane maintenant, parce que c'était il y a déjà quelques années. Euh, qu'est-ce que j'ai pu... Bah il a forcément des métros mais il y en a pas beaucoup. Et voilà, principalement c'est ça qu'on a en salle de naissance.

Ok. Du coup on va parler un peu individuellement de chaque groupe que tu m'as cité, et en opposition à ces groupes, qu'est ce que tu utilises comme terme pour les femmes blanches ? Tu utilises le terme métro en fait généralement ?

Ouais ouais.

Ça roule. Du coup déjà pour le groupe des femmes bushinenguées, donc en comparaison avec les femmes métro, est-ce que tu identifies des différences dans leur manière de gérer la douleur ?

Hum, ouais, elles sont, comment dire, dures au mal on va dire. 'Fin, c'est un peu une expression mais... Moi j'aime beaucoup travailler ici, parce que justement en termes de gestion de la douleur, c'est elles qui m'ont le plus appris en fait. Enfin moi en tant que sage-femme jeune diplômée, on a des bases sur la gestion de la douleur mais en fait, on ne sait pas faire grand-chose. Et en fait, les femmes ici, elles arrivent, elles ont déjà 14 grossesses, c'est leur onzième accouchement, elles savent faire et en fait, elles ont mal mais elles gèrent très bien. Avec une différence quand même, c'est le cas quand elles ont déjà accouché, mais quand c'est des jeunes, parce qu'il y a énormément de grossesses adolescentes ici, donc effectivement quand c'est des jeunes de 14-15 ans, c'est leur premier accouchement, la gestion de la douleur, c'est pas du tout la même. Mais globalement, malgré tout elles gèrent très bien fait. Elles gèrent toutes très bien, ouais. Donc des différences... Ouais globalement c'est plutôt comme ça.

Donc elles gèrent bien la douleur par rapport à des femmes métro par exemple ?

Ouais, et puis en fait dans leur conception à elles, la péridurale c'est même pas envisageable en fait. Du coup, elles ne réfléchissent pas trop, tu vois. Alors que c'est que dans notre culture un peu plus métro, on sait que la péridurale existe et qu'elle est performante, du coup ben, on y réfléchit à deux fois, et c'est pas du tout pareil. C'est beaucoup facile de « craquer » pour une péridurale quand l'objectif c'est de pas en avoir. Alors que elles, la question d'avoir une péridurale c'est même pas possible quoi. Pour elles, c'est non non, ça fait encore plus peur que l'accouchement donc euh... Elles refusent quoi.

Et comment tu expliques ça justement, ce recours à la péridurale qui est complètement différent que pour des femmes métro ?

Alors, moi j'explique ça par le fait qu'on ait un peu de retard par rapport à la métropole, bien que ça soit la France. Et que, disons, la péridurale dans les années 90 en métropole, il y avait quand même pas mal d'accidents, et il y avait plein de femmes qui la refusaient au départ déjà. Et que petit à petit, elle s'est vachement améliorée, il y avait vachement moins d'effets secondaires, elles s'est beaucoup plus démocratisée dans les années 2000. Et du coup maintenant, on en est arrivé à ce que les femmes elles en aient plus peur, mais ici, on a 15 ans de retard en fait sur la culture, parce qu'elles ont toutes encore, une tante, ou une cousine qui ont eu une péridurale, qui arrive plus à marcher, qui ont super mal au dos ou des trucs comme ça. Donc elles ont toutes hyper peur.

Donc dans la médecine tu dis qu'il y a du retard ?

Ouais, ouais. Parce que je pense que les anesthésistes qui étaient là, il y a 15 ans, ils avaient déjà 15 ans de retard en fait. Et puis, c'est vrai qu'il y a 15 ans [...], tu vois c'était un ancien bâtiment, il y avait qu'un seul anesthésiste, c'était beaucoup plus petit, et du coup c'était un peu comme à l'ancien temps quoi. C'est plus le cas maintenant, et ça tend à évoluer. Et d'ailleurs, les patientes le savent car de plus en plus elles réclament une péridurale,

beaucoup plus qu'il y a trois ans déjà par exemple. Donc ça évolue, ça évolue, c'est en cours d'évolution. Mais quand je suis arrivée il y a trois ans, c'était vraiment quasiment 100% niet.

Ok ça serait principalement une peur de la péridurale pour la plupart.

Ouais tout à fait.

Ok. Est-ce que du coup elles ont recours à d'autres modes d'analgésie ou d'autres méthodes pour se soulager de la douleur ? Est-ce que tu notes une différence avec les femmes métros par exemple ?

Elles utilisent volontiers le MEOPA. Ça en général c'est moitié moitié, soit elles aiment, soit elles n'aiment pas trop. Mais en tous cas, elles sont jamais réfractaires à essayer, enfin, rarement. Et après les autres moyens, bah quand on leur propose des médicaments, souvent elles disent oui. Après c'est vraiment la piqure qui leur fait peur en fait. Et du coup, ouais, quand on leur propose des Nubain ou des trucs comme ça, elles sont pas du tout contre quand elles ont du mal à gérer. Mais ouais, elles sont très résilientes en fait.

Ouais ok. Et est-ce que tu penses qu'il y a une différence dans leur résistance ? On parlait de leur manière de gérer, mais est-ce que dans leur résistance à la douleur, il y aurait une différence par rapport à des femmes métro ?

Ouais, je pense qu'elles sont plus résistantes. Elles sont plus résistantes. C'est lié à leur mode de vie, à leur éducation. Elles sont issues de la forêt, pour la plupart elles ont grandi dans la forêt, dans des villages. Même des fois, intrafamiliales, elles ont subi beaucoup de violences, c'est très mal vu de pleurer dans leur culture. Donc ouais, elles n'ont pas le droit de pleurer, elles sont, ça fait partie de leur éducation en fait. Et du coup, ouais, je pense qu'elles sont plus résistantes.

Ok. Et est-ce que toi du coup, face à toutes ces différences dont on vient de parler, est-ce que ton accompagnement et ta communication est différente aussi du coup ? Et en quoi ?

Alors, en fait je pense que moi personnellement dans mon accompagnement, je fais pas de différence. Euh, j'ai remarqué des différences dans leurs réponses et leur manière de gérer mais je garde toujours en tête que même si elles sont résistantes et même si elles gèrent bien la douleur, c'est pas pour autant que ça leur fais moins mal à elle qu'à une autre qui l'exprimerait mieux. Donc dans tous les cas, je vais proposer les mêmes choses je vais accompagner de la même manière et je vais expliquer aussi, parce que mine de rien la péridurale, c'est quand même bien pratique quand je vois qu'elles gèrent bien mais qu'elles ont vraiment mal, je vais leur proposer quand même. Donc pour moi je fais de réellement de différence, mais c'est vrai que tant qu'elles gèrent bien, c'est plus facile. Et puis surtout, c'est plus facile pour l'accompagnement du travail. Parce qu'en fait, la péridurale ça masque toutes les douleurs, et ça masque l'avancement du travail ? Par exemple, c'est vrai que je vais faire une différence sur une dame qui a une péridurale et une qui a pas de péridurale, l'accompagnement sera différent, mais c'est pas lié à son ethnie, c'est lié au fait qu'elle ait une péri. C'est plutôt ça la différence.

Ok ça marche. Est-ce que toi tu as d'autres choses en tête, d'autres différences notables en salle de naissance pour ces patientes bushinenguées ?

Euh, bah il y a aussi un gros aspect culturel, dont je ne t'ai pas parlé. Des fois, pour les jeunes, mais pas seulement, quand c'est un peu compliqué, que ça avance pas très bien ou qu'elles commencent à être vraiment fatiguées au niveau de la douleur, il y a un côté culturel qui est vachement présent. Euh quand elles ont de la famille, des grand-mères ou des belles-mères qui sont présentes, il y en a certaines qui vont faire des sortes de soins culturels. Ils appellent ça des « washi », il y a d'autres noms en fait. C'est de sortes de choses spirituelles. C'est un peu comme des rituels qui vont faire que le travail va avancer. C'est pas vraiment par rapport à la gestion de la douleur, c'est plutôt pour faire en sorte que tout aille bien et qu'elle accouche. Et c'est vrai que au départ, les règles en salle de naissance, bah c'est les règles, une seule personne, un seul accompagnant, pas de changement parce que c'est pas un moulin, des trucs comme ça. Et moi quand elle me demande de faire un changement d'accompagnant parce que c'est la tante machin qui va faire un truc bidule pour l'aider... Des fois c'est des trucs bizarres hein, j'me suis ramenée dans une chambre, la grand-mère était en train de lui cracher de la bière sur le ventre, euh tu vois, elles buvait de la bière et elle crachait, elle crachait de la bière partout dans la pièce comme ça (rires), donc c'est assez bizarre mais je me suis dis c'est leur truc, elles y croient, ça peut pas leur faire de mal, tu vois. Du coup en général j'accepte, et très souvent, ça marche bien. Parce qu'en fait tout est psychologique je pense dans l'accouchement, enfin une grosse partie est psychologique. Du coup, ça peut que les aider, et en général ça marche bien. Il y a que cet aspect là culturel qui aide dans la gestion de la douleur. Mine de rien, ça aide dans la gestion de la douleur parce que suite à ça, elles ont confiance, elles sont plus sereines donc du coup, ça aide vachement à gérer la douleur d'avoir confiance.

Ouais ok. Et ben on peut passer au groupe des haïtiennes dont tu me parlais tout à l'heure. Ça va être les mêmes questions du coup pour elles aussi. Est-ce que par rapport aux femmes métros, tu vois une différence dans leur manière de gérer la douleur ?

Hum, les Haïtiennes, ça va être un peu différent, parce qu'elles ont un peu ce qu'on appelle le syndrome méditerranéen. Pas toutes hein, mais souvent en fait, elles gèrent bien la douleur mais par contre elles l'expriment

fort. Et du coup ça va être des... Elles ne sont pas forcément moins résistantes, parce qu'elles accouchent tout aussi bien, mais par contre, elles vont effectivement beaucoup plus exprimer leur douleur.

Qu'est ce que tu appelles syndrome méditerranéen ? Comment tu le définis je veux dire ?

Justement, c'est un peu ça je trouve, peut-être que je me trompe hein, mais c'est un peu ça, à la moindre petite douleur c'est une expression très forte en fait. Si on met deux dames à côté, euh... Avec la même expression orale de la douleur, on va utiliser une échelle différente. On va dire que la dame Haïtienne, elle a plus mal alors qu'en fait, 'fin... Disons que la douleur c'est pas quelque chose d'objectif mais... Globalement, elles vont avoir plus mal plus vite, tu vois.

Et donc la différence va plutôt se jouer dans leur manière de gérer la douleur plus que dans la résistance, ce que tu disais avant ?

Ouais, dans leur manière de l'exprimer plutôt. Parce qu'en fait, même si elles l'expriment fort, elles la gèrent bien quand même tu vois ! Elles ne sont pas train de paniquer, elles sont pas... C'est juste qu'elles ont besoin de l'exprimer fort. Alors que les bushinenguées, elles vont vraiment avoir en silence en fait.

Ouais ok. Et tu aurais une explication, comment toi tu expliques ça ?

*Bah je pense que c'est culturel, mais c'est facile de mettre ça dans la boîte de la culture (rires). Mais ouais, je pense c'est culturel, qu'elles font beaucoup de bruit quand elles ont mal les Haïtiennes, dès qu'elles ont une petite contraction, elles vont être là à faire des *cliquetis* parce qu'elles ont mal quoi. Et en fait, elles vont vraiment, enfin, c'est plus dans la gestuelle qu'autre chose, 'fin elles sont quand même assez résistantes et après c'est pas que culturel, parce qu'au sein d'une même ethnie, il va y avoir des dames qui supportent très bien, et des dames qui supportent très mal. 'Fin voilà, c'est inter-variable même s'il y a des différences culturelles. Je ne pense pas qu'il ait de différence culturelle dans la résistance parce qu'elles sont toutes résistantes. Une dame métro, elle va être tout autant résistante à la douleur qu'une dame bushinenguée. C'est juste l'expression de la douleur qui va être différente je pense.*

Et elles, pour ces patientes Haïtiennes, leur recours à la péridurale, est-ce qu'il va y avoir une différence avec les femmes métros ?

Hum... Bah globalement, elles refusent aussi. Mais peut-être que j'ai quand même plus posé de péridurales aux femmes Haïtiennes. Je saurai pas te dire... Parce que c'est vraiment pas la majorité. La majorité c'est les bushinenguées. Les dames Haïtiennes on en a hein, mais je sais pas, ça doit représenter peut-être 15% quoi, c'est pas beaucoup.

Oui ok. Et est-ce qu'elles ont recours à d'autres modes d'analgésie aussi, particulières à elles ?

Toujours MEOPA et tout, c'est toujours un peu la même chose.

Ok. Et toi du coup dans cette gestion de la douleur qui est très différente, comment tu gères ton accompagnement ?

Bah je pense que je le gère de la même façon aussi pour elles. Peut-être qu'effectivement quand il y a une gestion de la douleur un peu plus forte, ça m'encourage à être un peu plus présente. C'est possible. Parce que j'ai l'impression qu'elles en ont plus besoin. Et euh, à part ça, je pense que je fais pas trop de différence. De toutes façons, on est limité dans la gestion de la douleur, c'est toujours un peu la même chose hein : le nubain, le MEOPA, la péri, le ballon, les exercices, 'fin après voilà. Le truc qui est vachement important pour moi dans la gestion de la douleur, c'est le côté psycho. Et c'est vrai que quand il y a une barrière de la langue, le côté psycho il est vachement plus dur à mettre en place. Donc ça va plutôt être lié à la barrière de la langue qu'il va y avoir une différence dans la prise en charge, je pense plutôt. Parce que c'est vrai que les dames Haïtiennes, elles parlent créole, alors souvent elles comprennent le français mais il y a certaines dames qui ne comprennent pas bien le français et du coup c'est plus difficile de les aider quoi. Les bushinenguées, certaines parlent français aussi. Mais, comme j'ai un peu appris à parler leur langue, je m'en sors un peu mieux maintenant mais c'est vrai qu'au début c'était difficile ouais.

Ouais ok. Et tu fais comment du coup quand tu ne parles pas la même langue ? Parce que tu disais que ça passait aussi par les explications etc. Comment tu t'en sors du coup ?

Ouais... Bah après, c'est avec des gestes, des fois il y a la famille qui peut traduire et puis sinon, c'est en anglais. Souvent elles parlent anglais. On s'en sort, mais c'est vrai que du coup, il y a des fois où on voudrait aller plus loin et on est limité par la barrière de la langue. On arrive à faire le strict minimum, mais des fois ça nous empêche quand même d'aller plus loin quoi.

Ok. Est-ce que tu avais d'autres différences pour ces patientes en salle de naissance que tu notes ?

Non... Non non, elles sont assez similaires au dames métros en fait.

Comme autre groupe dont tu parlais, c'étaient les patientes Mong aussi. Bah pareil, mêmes questions, est-ce que

tu notes des différences dans leur manière de gérer la douleur, dans leur résistance à la douleur ?

Les dames Mong, elles sont très.... Elles sont très résistantes aussi, elles sont résilientes aussi. Et c'est vrai qu'elles sont un plus comme les bushinenguées. Elles sont très peu dans la démonstration, et elles, elles gèrent vraiment bien en général. Elles sont... En fait quand on les voit accoucher, on a vraiment l'impression que c'est facile (rires). C'est l'impression que ça donne, ça veut pas dire que ça l'est mais... Mais ouais, c'est souvent facile et rapide en fait.

Parce que dans leur expression de la douleur, il y a des choses qui diffèrent aussi ? Qu'est ce qui donne l'impression que c'est facile ?

Ben, parce que justement, elles vont pas beaucoup l'exprimer en fait. Ça se voit qu'elles ont mal, parce que ça se voit dans leur visage, dans leur expression. Mais elles vont pas crier, elles vont pas spécialement faire de bruits, elles vont pas spécialement le dire, elles vont pas spécialement demander de choses en fait. Ça n'empêche que quand on voit qu'elles ont mal, on leur propose, toujours. Mais, pour elles, c'est... elles ne le montrent pas quoi, elles sont très fortes.

D'accord, ok. Et elles leur recours à la péridurale, c'est comment ? C'est différent des femmes métros ?

Euh ouais, c'est plutôt comme les bushinenguées, elles veulent pas trop en général.

Pour les mêmes raisons que les bushinenguées ?

Ouais pour les mêmes raisons et puis, parce que mine de rien, c'est une population, ça fait euh... 40 ans je pense, un truc comme ça, qu'ils sont là en Guyane. En gros, c'est leurs grands-parents qui sont arrivés. Et donc leur grands-parents parlent quasiment pas français. Elles, elles parlent français, les Monges qui accouchent aujourd'hui, mais leurs mères ont accouché sans péridurale et pour elles c'est normal d'accoucher sans péridurale. Donc c'est vrai que c'est encore quelque chose qui leur fait peur, et puis c'est pas quelque chose qui est ancré dans leur culture, dans leur famille, dans leur entourage. Parce que effectivement, c'est pas encore répandu. Après ça n'empêche qu'il y en ait qui accouchent avec péridurale quand même, il y en a quelques-unes, mêmes des bushinenguées, mais c'est quand même pas beaucoup. C'est de plus en plus on va dire, mais c'est encore pas beaucoup.

Et dans leur recours à d'autres modes d'analgésie, on retrouve la même chose aussi ?

Ouais, les mêmes choses aussi, il n'y a rien de plus en particulier.

Et toi dans ton accompagnement et ta communication, c'est différent aussi avec ces patientes-là ?

Non, c'est la même chose. Moi je fais pas de différence.

Ok. Tu penses à d'autres choses pour ces patientes en salle de naissance ?

Non, rien de spécial !

Ok. Est-ce que pour toutes ces patientes-là qu'on a évoquées, est-ce que tu penses qu'il peut exister des soins différenciés, ou bien des accompagnements qui vont être différents, ou bien aussi une manière différente de les conseiller dans le choix etc. Que ce soit toi, ou des choses que tu as pu voir, de tes collègues, toujours dans leur prise en charge de la douleur ?

Hum... Sur mes collègues euh... Ben en fait c'est marrant, mais par rapport à mes collègues justement, je dirais plus que c'est justement euh... Disons que, on a des collègues en salle de naissance puer qui sont elles mêmes bushinenguées. Et on a pas de sage-femme bushinenguée, c'est pas encore arrivé. On a des sage-femmes guyanaises mais elles ne sont pas d'origine bushinenguée. Et par contre les auxiliaires puer', d'origine bushinenguée, elles sont toujours un peu à critiquer les dames qui expriment de la douleur justement. Parce que je pense que c'est tellement ancré dans leur propre culture à elles aussi, que c'est pas bien d'avoir mal. Du coup, elles, elles vont vraiment pas du tout être accompagnantes en termes de douleur. Parce que pour elles, c'est tellement, pas normal d'exprimer de la douleur que bah, ça décrédibilise la dame qui a mal en fait. Donc ça va plutôt être là la différence que je vais voir. Mais pour moi, l'accompagnement que je vais proposer, je ne ferais pas de différence parce que même si elles sont résistantes, même si elles expriment pas forcément qu'elles ont mal, elles ont mal et du coup on est obligé d'en tenir compte, on est obligé de leur proposer des choses... Enfin moi en tous cas je le suis et je me sens obligée de quand même faire mon métier et de quand même les accompagner en fait. Et au contraire même ; du coup, c'est en ça que je pense que j'ai appris mon métier grâce à elles, c'est qu'elles sont tellement incroyables que ça fait vachement réfléchir en fait... Sur notre vision à nous de la douleur et qu'est-ce qu'est le mieux, est-ce que c'est bien pas bien, je sais pas tu vois.

Ok. Est-ce que tu penses à quelque chose que tu voudrais rajouter ? Moi j'arrive au bout de mes questions ! Si toi tu as des choses auxquelles tu penses sur ce sujet-là...

Bah écoute non ça va !

Entretien 9

Donc tu coup, toi t'es sage-femme. Ça fait combien de temps que tu exerces ?

Euh ça fait euh... J'ai été diplômée en 2009 donc ça fait 13 ans.

Ok ça roule. Et tu as bossé dans quels services de maternité ? En salle de naissance aussi ?

Euh j'ai bossé dans tous les services de maternité à l'hôpital, donc salle de naissance, suites de couches, grossesse patho, gynécologie, consultations et là je suis à mi-temps en libéral aussi.

Ok d'accord. Et en Guyane ça fait combien de temps que tu y travailles ? T'as toujours travaillé en Guyane peut-être ?

Non, ça fait depuis 2013 que je suis en Guyane, ça fait 9 ans.

Ok ça marche. Du coup déjà, une première question, moi je me concentre sur la salle de naissance et sur la prise en charge de la douleur en salle de naissance. Toi déjà, en salle de naissance, quels sont les origines géographiques ou les pays de naissance que tu as le plus fréquemment retrouvés dans ton exercice ?

[...] Alors pays de naissance, la plupart c'est Guyane/Suriname, un peu de femmes originaires du Brésil, un petit peu de République Dominicaine aussi, Haïti et principalement ça. Après, du coup tu sais que, si tu as fait un stage en Guyane, que même parmi celles qui sont nées en Guyane, il y a les patientes nées en Guyane et les patientes d'origines ethniques assez diverses parce que du coup, on a des patientes bushinenguées qui... tu connais ? Ou est-ce que j'ai besoin de...

Tu peux l'expliquer comme ça moi ça me permet aussi de le retranscrire.

Ok. Donc les patientes bushinenguées c'est des patientes en fait [inaudible]. [...] Alors du coup les bushinenguées, c'est des descendantes d'esclaves en fait, qui sont arrivées en Guyane avec les bateaux d'esclavages, il y a 200 ans et qui ont marronné du coup. Ces esclaves marrons où il y a eu du marronage aux Antilles et en Amérique du Nord. Sauf qu'ici du coup c'était plus facile parce qu'ils se sont cachés dans la forêt. Il y a peu près 5, je crois qu'il y a 5 ou 6 ethnies bushinenguées : les Djuka, les Aluku, les Saamaka, les Pamaka, les Kwinti et Matawai. Et c'est des descendants d'esclaves. Et ils ont une langue qui est Créole en fait. Pour la plupart des Djuka et des Aluku qui habitent en Guyane, c'est une langue qui est créole à base anglophone, avec un peu de français, un petit peu de portugais, du fait des colons. Et également, il y a un petit peu de... les Saamaka eux leur langue est beaucoup plus à base lexicale portugaise. Donc ça c'est pour les bushinenguées, ça représente je dirais à peu près un peu plus de 80% de notre population au CHOG dans l'Ouest guyanais. Et il y a également du coup des patientes Créoles. Donc les Créoles en fait, bon c'est des appellations hein, mais c'est aussi des gens descendants d'esclavage mais qui n'ont pas marronné, donc beaucoup de métissage avec les colons du coup, avec les blancs mais aussi beaucoup de métissage avec les populations amérindiennes, les chinois. Et ça fait aussi partie des populations en Guyane, il y a des Mongs, c'est des gens venus du Laos, et d'Indochine, et qui ont collaboré en fait avec les Américains, et qui se sont retrouvés persécutés et qui ont été, comment dire, la France les a pris comme réfugiés et en a profité pour en envoyer quelques-uns en Guyane pour pouvoir s'occuper de l'agriculture. Ça fait depuis les années 70 qu'il y a des Mongs. Donc il y a des gens qui sont nés ici. Et donc eux ils ont leur propre langue, ils ont leur propre euh, comment dire, enfin ils ont été installés dans des villages, ils ont créé leurs propres villages donc ils sont quand même pas mal entre eux comme à Javouhey puis à d'autres villages dans l'Est guyanais également. Il y a aussi des chinois, il y en a qui sont arrivés au tournant du siècle dernier, et il y en a qui sont arrivés avec l'immigration constante de gens qui font venir de la famille de Chine, qui tiennent pas mal les commerces en Guyane. Et qui il y a d'autre... Bah il y a aussi dans les vagues d'immigration plus récentes, les Haïtiens, qui sont arrivés pas mal il y a 4-5 ans parce qu'il y eu pas mal de persécutions... 'Fin en gros, de toutes façons il y a beaucoup de réfugiées climatiques, mais il y a aussi des réfugiées économiques et qui ont des parcours migratoires bien complexes quoi, qui passent par le Venezuela, le Suriname pour arriver en Guyane parce que du coup ils espèrent avoir l'asile ici. Il y a quand même beaucoup de... Il y en a qui sont implantés depuis plus longtemps en Guyane, je pense qu'il y en a qui sont là depuis 20 ans, il y en a qui sont là depuis plus récemment, il a un peu d'entre-aide communautaire. Voilà, après, il y a beaucoup d'autres, c'est très métissé la Guyane, donc il y a des [inaudible], des gens qui viennent chercher de l'or en Guyane il y a une soixante d'années, mais il y en a d'autres qui sont allés pour le travail, parce qu'ils sont fonctionnaires. Il y a vraiment beaucoup de mouvements de populations entre les Antilles, et un petit peu l'Amérique du Sud mais plus le Brésil principalement, et puis Suriname, Venezuela et République Dominicaine. Il y a même des Syriens qui sont arrivés mais du coup pas trop dans l'ouest guyanais, mais dans l'est. C'est des réfugiés avec la guerre quoi. Et après il y a des métros aussi. Ils viennent parce que du coup la Guyane reste un DOM donc voilà, l'administratif dépend de la France, et donc il y a des les fonctionnaires qui viennent. Les métros qui viennent c'est principalement pour l'éducation nationale, la santé et la police, enfin la gendarmerie, armée. Voilà, je pense que j'ai fait le tour !

Ok, ça marche ! Et toi les patientes que tu rencontres dans ton exercice, tu rencontres toutes ces origines géographiques là ou d'autres plus fréquemment que d'autres ?

On rencontre toutes les origines géographiques, après oui effectivement, 80% des patientes qui accouchent chez nous c'est les bushinenguées, en tous cas dans l'Ouest Guyanais. C'est pas forcément vrai dans les autres parties de la Guyane. Parce qu'on est à la frontière avec le Suriname en fait.

Oui ok. Du coup je vais te poser quelques questions sur les différentes origines géographiques que tu m'as citées, en comparant avec les femmes métros. Donc par exemple on peut commencer avec le groupe des femmes des bushinenguées, est-ce que toi dans leur manière de gérer la douleur, tu remarques des différences notables avec les femmes métro ?

Euh oui, enfin, oui. Parce que mine de rien, le recours à la péridurale, j'ai pas de chiffres en tête, mais il est plus faible ici qu'en métropole parce que il y a beaucoup d'idées reçues sur la péridurale. C'est plus ça que forcément une démarche que de vouloir accoucher dans la douleur. C'est plus de la peur par rapport à la péridurale. Et donc de toutes façons, les femmes elles viennent dans l'idée qu'elles vont accoucher dans la douleur, qu'elles vont avoir mal. Et donc elles sont préparées comme ça en fait, dès qu'elles sont jeunes. Déjà, elles commencent leur famille assez jeunes, à peu près, on va dire entre 15 et 17 ans, elles commencent à avoir des enfants. Et même ces jeunes filles là, elles gèrent l'accouchement sans péridurale quoi. Elles s'accompagnent entre femmes. Alors en général, il y a toujours une autre femme de la famille pour les aider. Et après, en termes de coaching on va dire, de préparation à la douleur, bon ça fait pas très longtemps que j'en fais du libéral, mais j'ai l'impression que c'est pas forcément des discussions précises sur ce qui va se passer mais elles ont quand même en tête qui va y avoir un certain degré de douleur et que il faut se contenir face à la douleur. Enfin, moi il y a des femmes qui accompagnent et qui disent « de toutes façons moi je veux pas qu'elles crient parce que moi quand je vais accoucher et qu'il y a des femmes qui crient à côté, ça me déconcentre et ça me stresse » donc voilà, quand elles accompagnent des plus jeunes qu'elles pour leur accouchement, elles les coachent dans ce sens-là quoi. Faut pas crier dans tous les cas. C'est pas de l'accompagnement avec des massages et trucs, il y en a quelques-unes qui vont le faire, mais c'est beaucoup plus... Peut-être ça les aide à garder un cap quoi, de leur dire « c'est bon, faut pas perdre les pédales là, t'es là pour ça donc faut pas crier ». Alors elles expriment quand même la douleur, mais il faut pas que ce soit ingérable, pas partir dans tous les sens quoi, ce qui est plutôt... Enfin ça les aide quoi. Mais après en termes de douleur, elles sont encouragées pendant tout le long de leur grossesse à rester très actives, on leur dit qu'il faut ça pour être fortes pour l'accouchement. Elles travaillent jusqu'au bout en général, enfin voilà, la maison, le jardin etc. Et après, même pendant le travail, elles vont marcher, 'fin même quand elles sont à 8-9 cm elles te demandent à marcher et qu'on leur permet, enfin ça dépend des collègues mais on essaye de leur permettre ça. Euh donc je pense que c'est... Tout ce qu'on a un peu théorisé en métropole, 'fin l'accouchement sans péridurale avec une bonne mobilité tout ça, elles le font un peu de façon naturelle quoi.

Et elles ont peu recours à la péridurale mais est-ce qu'elles ont recours à d'autres modes d'analgésie aussi ? tu disais l'accompagnement de leur famille ou des femmes, mais est-ce qu'elles ont recours à d'autres choses qui les soulagent ?

Alors, oui. Elles aiment bien le Kalinox. Parfois, pas toutes, il y en a qui veulent rien du tout comme drogue, parce qu'elles ont l'impression qu'elles vont perdre leurs moyens quoi, ce qui est pas faux avec le Kalinox. Mais elles aiment bien, c'est quelque chose qui est plus facile à accepter que d'autres méthodes d'analgésie. Le nubain aussi, elles le demandent assez facilement, ça peut les aider. Euh si vraiment c'est la péridurale qui bloque, c'est des fois plus l'accompagnante que la patiente elle-même qui va vraiment mettre la pression pour ne pas céder pour la péridurale. Pour préciser, elles pensent que ça va faire mal au dos en fait. Je pense que réellement, [inaudible] qui font que peut-être que dans la morphologie des femmes noires, peut-être qu'il y a eu une hyper-cambrière, 'fin il y a quelque chose qui fait, enfin c'est quelque chose qui revient vraiment beaucoup beaucoup, cette histoire de douleur lombaire après la péridurale. Après c'est vrai que c'est dur de faire la part des choses quoi, entre le fait d'avoir accouché, le fait d'avoir beaucoup d'enfants, de porter beaucoup d'enfants, ça joue aussi sur les douleurs lombaires, mais ça revient beaucoup beaucoup.

Donc elles ont peu recours à la péridurale principalement parce qu'elles ont peur de l'acte de la pose de la péridurale ?

Alors de l'acte et des conséquences en fait, des douleurs après.

Est-ce que pour ces femmes bushinenguées, tu remarques des différences par rapport aux femmes métros dans leur résistance à la douleur ?

Euh je pense pas hein... Tu veux dire de façon biologique ?

De ton interprétation de ça, de la résistance, toi ce que tu en penses quoi.

Bah après c'est hyper subjectif et c'est très difficile je trouve pendant le travail, les échelles de la douleur, 'fin moi je m'en sers pas, je suis une mauvaise élève (rires), moi en tout cas ça ne m'aide pas, ça me guide pas spécialement pour leur proposer une analgésie ou pas. Euh, non je pense pas qu'elles aient moins mal que les femmes métro, c'est juste que la gestion de la douleur et puis la façon d'envisager l'accouchement est autre en fait. Oui je pense pas qu'elles aient moins mal, non je pense pas.

Et toi est-ce que toi tu les accompagnes et tu communique de manière différente avec ces patientes par rapport à des femmes métros ?

Alors, oui. Parce qu'en fait, j'ai pas précisé mais il y a quand même beaucoup de bushinenguées qui sont migrantes, qui viennent du Suriname et qui sont des fois pas francophones. Donc c'est vrai que rien que par cet aspect-là, oui c'est clair qu'avec des patientes métros on va beaucoup plus être dans la communication verbale parce que c'est aussi quelque chose qui est demandé par les patientes métros. Enfin que je dis métro, c'est pas que les métro d'ailleurs, même les patientes Créoles, les patientes un petit peu, on va dire, « métropolisées » en général, donc ça peut être d'origine bushinenguée mais qui ont vécu en métropole. Ces patientes là elles vont avoir beaucoup plus tendance à avoir besoin de communication verbale, d'explications, beaucoup plus de ça, donc l'accompagnement il est plus comme ça. Et après les patientes bushinenguées, elles ont besoin de présence aussi. Parce que franchement, dès qu'on arrive, parce que du coup faut préciser que quand on arrive en Guyane en tant que sage-femme puisque il n'y a pas d'école de sage-femme ici, on est quasiment que des métros et du coup qui ne parlent pas les langues locales. Donc la première année, l'accompagnement il est pas du tout pareil. Après quand on commence à pouvoir communiquer avec les femmes, franchement elles te disent hein, « ne quitte pas la pièce, j'ai besoin de toi ». Donc pas forcément de verbalisation mais elles ont besoin de notre présence, elles ont besoin de pas être seule en fait dans la salle. C'est un truc de toutes façons dans la vie des bushinenguées surtout, t'es jamais seul en fait, t'es pas seul à la maison, t'es pas seul pour dormir, t'es pas seul pour rien en fait. Après, il y a des femmes, surtout des femmes qui ont eu pas mal d'enfants, elles viennent seules en fait pour accoucher. Il n'y a pas forcément d'accompagnante, les enfants faut bien les caser quelque part donc elles viennent accoucher seules. C'est vrai que c'est difficile pour elles parce quelque fois quand la sage-femme ne parle pas, ben elle voit pas trop l'intérêt de rester avec la dame qui en plus souvent gère plutôt bien, mais du coup ça n'enlève pas du besoin d'accompagnement. Dans la mesure du possible, j'essaie d'être avec elles, après clairement, la charge de travail fait que des fois on ne peut pas être présentes avec les femmes. On a des fois plusieurs patientes en travail à gérer et oui, clairement notre présence elle est rassurante, mais ça je pense que c'est vrai dans [inaudible]. Bref, j'accompagne pas forcément de la même manière, mais j'essaie d'y tendre !

Ok ça marche. Est-ce que tu as d'autres choses à notifier pour ces patientes bushinenguées dans les différences qu'il pourrait y avoir avec des femmes métro en salle de naissance ?

Non pas vraiment.

Bah du coup je vais te reposer un petit peu les mêmes questions mais pour un autre groupe de femmes que tu as identifiées dans ma précédente question, c'étaient les patientes Brésiliennes. Donc pareil, est-ce qu'avec les femmes métros, tu remarques des différences dans leur manière de gérer la douleur ?

Euh alors, il y en a quand même beaucoup moins ces patientes brésiliennes. Il y en a assez peu. C'est des patientes, je sais pas comment expliquer ça, mais je ne pense pas que ça soit des patientes typiques brésiliennes parce qu'on a quand même des populations assez fragiles, les patientes brésiliennes qu'on a c'est des patientes qui viennent des camps d'orpaillage donc c'est des femmes qui vivent dans des conditions extrêmement difficiles donc vraiment, fin voilà, elles sont costauds quoi, elles sont très résistantes, elles sont ok pour l'accouchement voie basse, je dirais qu'elles accouchent comme les autres quoi. Je sais qu'au Brésil, la patientèle... Parce qu'on a quelques patientes brésiliennes de milieux un peu plus aisés, et c'est vrai que la césarienne étant un peu la norme au Brésil, elles, elles sont plus demandeuses de césarienne. C'est vrai que c'est pas du tout un, comment dire, ça fait moins peur aux patientes brésiliennes la césarienne.

Par rapport à la douleur ?

Non mais par rapport, je pense que c'est tellement démocratisé pour eux la césarienne que je pense que c'est pas un acte, c'est pas un drame quoi, je sais pas comment dire (rires). Dans d'autres ethnies, vraiment quand je suis arrivée en Guyane, on avait vraiment des refus de césarienne, notamment chez des patientes bushinenguées où le mari s'interposait en disant « non elle n'ira pas au bloc » ou bien, alors que c'étaient des césariennes en urgence, vraiment pas sur de la césarienne de convenance. Donc, ça a changé aussi [inaudible], les gens comprennent un peu mieux l'utilité d'une césarienne motivée par une urgence, fœtale ou maternelle. Et chez les Brésiliennes, j'ai jamais rencontré ce problème-là. Et après l'approche de l'accouchement et de la douleur, vraiment comme je te dis, nous, les patientes brésiliennes vivent dans des conditions difficiles donc elles sont preneuses de tout, au contraire, parce qu'elles se rendent compte que c'est un luxe en fait d'avoir des soins gratuits comme ça. [inaudible] Par rapport à l'accouchement, j'ai rien de particulier à dire pour elle quoi.

Et dans leur recours à la péridurale ou d'autres modes d'analgésie ?

Euh, bah c'est très hétérogène, il y en a qui en veulent et d'autres qui n'en veulent pas.

D'accord, il n'y a pas de spécificité en particulier pour ces patientes, de ce que tu vois en tous cas. Tu mentionnais aussi les patientes Haïtiennes. Elles, est-ce que tu notes des différences dans leur manière de gérer la douleur ?

Alors, elles sont costaudes. Pareil, elles ont des parcours de vie qui ne sont vraiment pas évidents. Mais il y a un truc des Haïtiennes, c'est comme ça qu'on nous présente les patientes Haïtiennes, il y a une notion de syndrome

méditerranéen quoi. C'est-à-dire que quand elles sont expressives, elles vont crier davantage, elles vont crier plus tôt, ça ne veut pas forcément dire qu'elles vont pas gérer sans péridurale jusqu'à l'accouchement hein, mais elles vont être beaucoup plus expressives que d'autres patientes. Donc il y a ce truc de « elles crient beaucoup mais c'est normal, c'est une patiente Haïtienne ». Et il y a un peu de ça, pour cette population là en particulier. Et euh, après en vrai, vraiment, je pense qu'elles accouchent comme les bushinenguées. Je pense pas qu'il y ait plus de recours à la péridurale chez les patientes Haïtiennes que d'autres femmes.

Et toi dans ton accompagnement du coup, est-ce que tu peux te retrouver en difficulté face à leur manière de gérer la douleur ?

Alors récemment oui. J'ai eu un truc, c'est vrai que... Peut-être que ça aurait été quelqu'un d'autre, elle l'aurait pas exprimé... En fait c'est une patiente qui est arrivée avec le 15 pour des douleurs très importantes, elle devait être à 34 semaines. Et en fait, elles est arrivée avec des douleurs très importantes, avec une hypercinésie de fréquence, elle avait pas rompu je crois mais elle était fébrile à plus de 38,7° avec une patiente hyper... Dès que tu la touchais elles gémissait, elle gémissait sans arrêt en fait. On savait pas trop ce qu'elle avait. En fait je te dis hypercinésie de fréquence, mais je suis pas sûre qu'il y avait tant de contractions que ça. Et en fait, au final, on est partie sur une [inaudible] avec une première biologie, donc test antigénique initiale négatif, j'avais quand même fait un test PCR, et avec une biologie un peu batarde quoi, une CRP à 20, je sais plus, des blancs un petit peu élevés mais pas tant que ça. Trop rien à se mettre sous la dent, mais devant ce tableau un peu, voilà, avec une dame fébrile, le médecin a décidé de la déclencher en fait pour suspicion de chorioamniotite. Et du coup finalement, le PCR revient après le début du déclenchement avec le covid. (rires) Et je me rappelle encore, dès que je suis allée cette patiente, en lui disant « bah finalement c'est le covid ! », elle a complètement... En fait tout s'est arrêté, elle a arrêté de geindre, elle a arrêté... Elle et son accompagnante elles sont restées comme ça, je sais pas, je pense qu'elles s'imaginaient pas que ça pouvait être que ça et tant qu'elle savait pas ce qu'elle avait en fait, c'était sa façon de réagir face à la situation. Mais du coup, nous ça nous induit dans un truc [inaudible]. Et il y a des situations un peu comme ça, je sais pas, peut-être que je me trompe, ça aurait été quelqu'un d'autre, peut-être que ça aurait été pareil, tant qu'elle savait pas ce qu'elle avait, elle aurait peut-être gémit et présenté un tableau comme ça. Franchement je suis pas sûre mais des fois, il y a des tableaux un petit peu comme ça. Parce que les patientes Haïtiennes, quelques fois elles sont pas francophones, le Créole haïtien, il y a une base lexicale francophone donc elle va quand même pas mal comprendre ce que tu dis, mais celles qui sont nouvelles arrivantes vont pas forcément comprendre tout ce que tu dis. Donc en plus avec la barrière de la langue, donc il y a des fois des patientes, elles ont mal, elles vont pas répondre à ce que tu poses comme question, donc c'est des fois un peu difficile de tirer des bonnes informations donc voilà, c'est... Je sais pas si c'est une question plus de barrière de la langue parce que peut-être on parlerait la même langue ça serait plus facile pour elles de gérer la douleur, j'imagine, il y a un peu de ça. Parce que c'est vrai que les haïtiens, c'est une immigration qui est un peu récente, donc autant tout le monde va faire l'effort d'apprendre le taki-taki, c'est un espèce de bushinengué dégradé qu'on parle à l'hôpital, tout le monde va apprendre ça en trois mois, tout le monde va se débrouiller pour dire quelques mots, autant le créole haïtien personne n'essaye même ! Parce que c'est une immigration plus récente et après c'est vrai que dans l'équipe, on a des créoles en fait, et même si le créole haïtien est pas tout à fait pareil que le créole guyanais ou le créole antillais, il y a quand même des similitudes, donc elles arrivent à communiquer. Par contre chez les sage-femmes, vraiment... Même moi j'avoue que j'ai quelques mots de créoles mais j'essaye pas de communiquer avec elles en Créole. Comme c'est un créole à base francophone, voilà, je vais partir sur du français avec éventuellement quelques mots de Créole mais c'est vrai qu'on fait moins l'effort. Vraiment avec le bushinengué, il y a un truc euh... Je sais pas, comme c'est aussi la majorité de la population, et comme il y a une forte immigration côté Suriname, je pense qu'on est un peu obligé de s'y mettre. Mais on fait moins l'effort pour d'autres langues, c'est vrai.

Ok ! Et puis tu me parlais aussi des patientes Mongs, elles dans leur manière de gérer la douleur, est-ce que tu notes des différences ?

Euh oui, elles sont quand même vraiment stoïques. Ouais c'est pareil je pense, dans leur manière de se préparer à l'accouchement... Elles ont dans l'ensemble quand même beaucoup moins d'enfants que les patientes bushinenguées et après, c'est vrai qu'elles sont, 'fin les Mongs qui sont venus ici, c'est des gens qui... C'est des agriculteurs, c'est des gens qui travaillent la terre, les femmes elles vont travailler... Enfin culturellement, ils sont très très endurants et très... Il y a pas beaucoup de place pour la plainte individuelle quoi, c'est dans leur culture je pense donc c'est vrai qu'elles sont très stoïques quoi. Pareil, il n'y a pas de règle, je peux pas dire qu'elles prennent la péridurale, mais de façon générale, elles sont pas très, elle vont pas être très expressives dans leur vécu de la douleur, et après, j'ai pas trop trop de particularité, à part le placenta pour l'enterrer ou des trucs comme ça. Maintenant, elles n'ont pas vraiment de particularités culturelles fortes à part ce côté stoïque quoi.

Ok d'accord. Et toi bah pareil, dans ton accompagnement, comment tu gères ça ?

Euh, bah je leur pose beaucoup de questions parce que du coup c'est difficile de savoir ce qu'il se passe des fois ! Des fois, elles sont à dilatation complète et tu le sais pas en fait, donc tu leur poses beaucoup de questions parce que ça ne va pas forcément venir d'elles mais, non, rien de spécial.

Ok ok. J'ai deux petites questions pour terminer, des questions un peu plus globales : est-ce que tu penses que pour toutes ces patientes dont on a parlé avant, qu'on peut parler de patientes racisées, est-ce que tu penses qu'il existe des soins différenciés pour ces patientes-là, ou des accompagnements différents dans leur prise en charge de la douleur, ou dans les conseils de leur choix etc ? Que ce soit toi de ton vécu personnel ou des choses que tu as pu voir autour de toi, de tes collègues ?

Euh, je pense que moi personnellement, je trouve que le recours à la péridurale est devenu un peu plus démocratisé aujourd'hui qu'il y a 10 ans. Quand je suis arrivée, c'est vrai que c'était vraiment un truc que les bushiennguéés elles ne prenaient pas la péridurale, et c'est vrai que du coup je pense que pendant un temps, l'équipe médicale a mis du temps à se rattraper, par rapport à la population finalement. Je pense qu'on est encore dans un truc où elles vont pas demander de péri donc on va pas leur en proposer non plus. Et j'essaye quand même maintenant, 'fin voilà, je propose toujours « voilà, il y a ça ça ça ça ça, si un moment donné c'est plus possible de gérer la douleur comme tu le fais là, faut pas hésiter, demande ». Et finalement maintenant, il y a des patientes qui parlent et qui disent « voilà là j'suis fatiguée et j'ai besoin d'être aidée, j'ai besoin de la péridurale ». Et c'est vrai que, en tous cas moi personnellement je le proposais pas systématiquement avant. Si elles me demandaient pas, je proposais pas systématiquement. Et maintenant, j'essaye de faire attention à ça. Parce que je me rends compte que finalement, il y en a qui osent pas demander parce que il y a encore un peu cette pression culturelle. Et finalement, quand tu leur proposes, elles veulent quoi en fait. C'est principalement ça chez les bushinenguées. Chez les autres patientes non, je pense que vraiment, je... Après ce qui manque chez nous c'est peut être encore d'avoir des péridurales déambulatoires, parce que chez nous, ça serait tout à fait pertinent. On a quand même des patientes avec des comorbidités, l'intérêt médical de la péridurale, il est là. Et si tu dis à une dame « ok on va poser une péridurale, ok c'est une piqure dans le dos mais au moins tu pourras bouger en fait, tu pourras continuer à marcher », je pense que ça ferait quand même une différence dans le recours à la péridurale. Il y a quand même ce côté, où voilà, t'es un peu, non seulement les sensations elles sont quand même perturbées, parce que pour quelqu'un qui a déjà accouché voie basse sans péridurale, d'avoir une péridurale c'est quand même bizarre quoi, il y a un côté, on a l'impression de pas accoucher quoi, et en plus ne pas pouvoir bouger, c'est un peu contre nature quoi. Voilà, ça ça manque. On a beaucoup de choses à améliorer de ce côté-là quoi. Parce que du coup chez nous, quand je suis arrivée, la règles, c'était voilà la patiente bushinenguée qui arrive pour accoucher sans péri et quand il y a une urgence, on fait une anesthésie générale, que ce soit pour une césarienne ou pour une RU quoi. Et mine de rien, une AG c'est quand même un truc... 'Fin surtout pour la césarienne, parce quelque part, pour la RU, elle a quand même eu le temps de voir son bébé avant d'être endormie, pour la césarienne, c'est quand même un truc... Violent quoi ! C'est un truc ajouté à la césarienne. Et après, je leur explique beaucoup, alors c'est peut-être le fait d'avoir été maman en temps, mais je leur explique beaucoup en fait l'intérêt de la péridurale par rapport à ça quoi. Dès qu'il y a une comorbidité, je leur explique qu'il y a un risque et que si jamais il y a une césarienne, on est quand même conscient quoi, on entend les premiers cris de bébé, on peut le voir... Pour le moment j'ai l'impression qu'on fait encore beaucoup d'AG. Donc je pense qu'il y a du travail à faire par rapport à ça. Auprès des patientes aussi hein, pour expliquer, pour dédramatiser, pour faire une information éclairée quoi en fait aussi.

Parce que tu penses que c'est des patientes à qui on fait moins d'informations éclairées ?

Honnêtement, nous on n'est pas présentes à la consultation d'anesthésie, qui est une consultation obligatoire partout hein. [...] Ouais donc je sais pas ce qui est fait en consultation anesthésiste mais des fois, elles sortent avec le même discours quoi, avec le « ça va juste me faire mal au dos » en fait, donc c'est dommage...

Ok ça marche, j'arrive au bout de mes questions, je ne sais pas si tu penses à quelque chose que tu aimerais rajouter ?

Non non c'est bon !

Et ben merci à toi !

SUMMURY

The main objective of this study was to explore the hypothesis of differential care in the management of pain of racialized patients during the delivery. This qualitative study is based on nine semi-structured interviews, including five in New Aquitaine and four in French Guyana. Firstly, we were able to highlight a phenomenon of categorization of patients by the caregivers interviewed. In New Aquitaine, the main categories that appear are patients identified as "Africans", patients defined as originating from sub-Saharan Africa, and patients defined as originating from North Africa. In French Guyana, many more categories were mentioned, but we focused on the two populations most cited: Bushinenguee patients, a population descending from Africans enslaved in Guyana and Suriname, and Haitian patients. Second, we were able to highlight the observed differences on these patients in their expression of pain. It appears from this study that African and Bushinengue patients express little pain and are more autonomous, and North African and Haitian patients, conversely, are very expansive in their expression of pain. This can then put caregivers in difficulty in the care of these patients. Thus in the third part, we highlighted the causes of these difficulties. They are explained in particular by what the midwives interviewed named: the language barrier, the representation of childbirth and the epidural anesthesia, the trust in Western medicine or the way these patients are accompanied by their relatives in the birth process. Finally, in the fourth part, the main consequences of these difficulties are highlighted such as : the delayed care, less attention or even negligence given in the treatment. Despite the desire of caregivers to adapt to these difficulties, there are differential treatments in the management of pain in racialized patients. Protocols for screening and then managing pain would be interesting to test to minimize these differential treatments. Finally, a better understanding of the people we care for and the representations we have of them would allow us to better manage their pain.

Key-words : differential treatment, racial category, Africans, French Guyana, discrimination, pain management

RESUME

L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'hypothèse de traitements différentiels dans la prise en charge de la douleur des patientes racisées en salle de naissance par des sages-femmes. Cette étude qualitative est basée sur neuf entretiens semi-directifs dont cinq en Nouvelle-Aquitaine et quatre en Guyane. Premièrement, nous avons pu mettre en avant un phénomène de catégorisation des patientes par les soignantes interrogées. En Nouvelle-Aquitaine, les principales catégories qui apparaissent sont les patientes identifiées comme « Africaines », patientes définies comme originaire de l'Afrique subsaharienne, et « Maghrébines », patientes définies comme originaire de l'Afrique du Nord. En Guyane, beaucoup plus de catégories ont été citées, mais nous nous sommes concentrés sur les deux populations majoritairement citées : les patientes Bushinenguées, population descendante d'Africaine.s mis.es en esclavage en Guyane et au Suriname, et les patientes Haïtiennes. Deuxièmement, nous avons pu mettre en évidence les différences observées de ces patientes dans leur expression de la douleur. Il ressort de cette étude que les patientes Africaines et Bushinenguées expriment peu leur douleur et sont plus autonomes, et les patientes Maghrébines et Haïtiennes, à l'inverse, sont très expansives dans leur expression de la douleur. Cela peut alors mettre les soignantes en difficulté dans la prise en charge de ces patientes. Ainsi en troisième partie, nous avons mis en évidence les causes de ces difficultés. Elles sont notamment expliquées par les sages-femmes interrogées par : la barrière de la langue, la représentation de l'accouchement et de la péridurale, la confiance en la médecine occidentale ou encore la manière dont sont accompagnées par leur proche ces patientes en salle de naissance. Enfin, en quatrième partie, les principales conséquences de ces difficultés sont mises en évidence : prise en charge retardée, moins d'attention voire de la négligence donnée dans le soin. Malgré un désir d'adaptation des soignantes face à ces difficultés, il existe des traitements différentiels dans la prise en charge de la douleur des patientes racisées. Des protocoles de dépistage puis des prises en charge de la douleur seraient intéressant à tester pour minimiser ces traitements différentiels. Enfin, mieux comprendre les personnes que nous soignons et les représentations que nous nous en faisons, nous permettrait de mieux les prendre en charge dans leur douleur.

Mots-clés : traitements différentiels, racialisation des patientes, Africaine, Guyane, discrimination, prise en charge de la douleur