



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1  
UFR DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD CHARLES MERIEUX

SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG-EN-BRESSE



# **Prise en charge par les sages-femmes** **de la douleur en salle de naissance,** **des femmes de cultures différentes**

Mémoire soutenu et présenté par Marine GARRIGUE, née le 15 Septembre 1993

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

Promotion 2012-2016

## Remerciements:

Je souhaiterais particulièrement remercier Myriam Michel, guidante de ce mémoire et Enseignante Sage-femme, pour son accompagnement tout au long de ce travail, pour sa rigueur, ses nombreux conseils et son soutien. Je la remercie également pour son oreille attentive durant ses quatre années d'études.

Je remercie très sincèrement Claudie Lallemand, infirmière puéricultrice anthropologue, Directrice de ce mémoire, pour ses conseils d'expert, pour son grand soutien et pour la gentillesse qu'elle a témoignée à mon égard.

Je remercie également toutes les sages-femmes qui ont répondu à mon questionnaire et dont la collaboration active a rendu possible ce travail.

Je souhaiterais ensuite remercier Françoise Morel, Enseignante Sage-femme, pour son accompagnement et son écoute tout au long de cette année.

J'aimerais également remercier Paola Bonhoure, Enseignante Sage-femme, pour sa douceur, son écoute et ses conseils durant ces quatre années d'études.

Je remercie Bérangère Sevelle, Enseignante Sage-femme, pour son accompagnement durant cette année.

Je souhaiterais remercier Madame Querol, Directrice de l'Ecole de Sage-femme de Bourg-en-Bresse, pour sa rigueur et son soutien durant nos études.

Je remercie très affectueusement La Gynécolog', Romaric Mathieu, Noéline Chapuis, et Laurie Alaimo, sans qui ces quatre années d'études auraient été moins fantastiques. Ainsi que le groupe des six et toute la promo, pour ces soirées, ces rires, ces moments inoubliables.

Je remercie enfin mes parents, pour leur soutien et leur confiance durant toutes mes études.

*« La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social. »*

D. Le Breton

## Sommaire:

Remerciements:.....	2
Avant propos:.....	6
Introduction:.....	7
Première partie:.....	8
I/ Le sens de la douleur en anthropologie:.....	8
I.1) En fonction des cultures:.....	8
I.2) En fonction des religions:.....	9
II/ Les données anthropologiques sur les variations du vécu et l'expression de la douleur, durant le travail et l'accouchement, dans chaque culture:.....	10
II.1) Le comportement:.....	10
II.2) Le toucher:.....	12
II.3) L'accompagnement:.....	13
II.4) La communication:.....	14
Deuxième partie:.....	16
I/ Présentation de l'étude:.....	16
II/ Population et résultats:.....	18
II.1) Population de l'étude:.....	18
II.2) Description des résultats:.....	18
II.2.1) Les stages étudiants et les emplois à l'étranger: .....	18
II.2.2) Les formations d'anthropologie pendant et après les études: .....	20
II.2.3) La fréquence de prise en charge: .....	22
II.2.4) Les connaissances anthropologiques des sages-femmes: .....	23
II.2.4.1) L'intensité de l'expression de la douleur en fonction des cultures:.....	23
II.2.4.2) La signification du cri pré et per natal en fonction des cultures:.....	24
II.2.4.3) Le comportement des femmes face à la douleur:.....	26
II.2.4.4) L'accompagnement des femmes tout au long du travail, en fonction des cultures:.....	28
II.2.4.5) Le vécu du toucher en fonction des cultures:.....	30
II.2.4.6) Le vécu de la péridurale et sa fréquence de demande en fonction des cultures:.....	31
II.2.4.7) Le sens donné à la douleur en fonction des cultures:.....	33
II.2.5) La conduite à tenir de la sage-femme lorsque la patiente n'exprime pas sa douleur:.....	35
II.2.6) D'autres alternatives pour apaiser la douleur:.....	36
II.2.7) Le temps d'identification de la culture de la patiente:.....	37

II.2.8) La conduite à tenir de la sage-femme lorsque la patiente ne parle pas français:..	38
Troisième partie:.....	40
I/ Points forts:.....	40
II/ Biais et limites:.....	41
III/ Discussion:.....	42
III.1) La variation culturelle est-elle une préoccupation des professionnels de la salle de naissance pour la prise en charge de leurs patientes?.....	42
III.1.1) La culture est-elle identifiée systématiquement?.....	43
III.1.2) Le lien est-il fait entre la culture et la prise en charge et le vécu de la douleur? .....	43
III.1.3) N'y a t-il pas une tendance naturelle à faire "comme pour nous"?.....	44
III.2) Quels sont les facteurs facilitant ou entravant la prise en compte de la douleur des femmes d'autres cultures, par les soignants?.....	45
III.2.1) La connaissance du soignant:.....	45
III.2.1.1) Par ses formations et expériences:.....	45
III.2.1.2) Connaissances en anthropologie:.....	48
III.2.2) Impact de la communication sur la qualité de la prise en charge en salle d'accouchement: .....	49
III.2.3) Impact des conditions de travail sur la prise en charge de la douleur en salle d'accouchement: .....	51
III.2.4) Les protocoles qui sont adaptés à un niveau de soin et d'exigences occidentales, ainsi qu'à nos habitudes:.....	52
Conclusion:.....	53
Bibliographie:.....	54
Annexe:.....	58

### Avant propos:

"Les différences culturelles de nos parturientes doivent-elles entrer en considération dans la prise en charge de la douleur ? Est-il même éthique d'en faire un paramètre ? Ne sommes nous pas, en tant qu'individus, tellement différents que la notion de culture commune n'a aucun sens ? L'uniformisation culturelle qui se développe à travers le monde entier ne vide-t-elle pas de sens la question ?" Mohamed Salah Ben AMMAR, médecin, ancien Ministre de la Santé tunisien.

## Introduction:

Nous pouvons débiter ce mémoire en mettant en lien les deux grands thèmes abordés qui sont la culture et la douleur.

D'après Mohamed Salah Ben AMMAR, la culture est "une entité complexe qui contient la connaissance, la foi, l'art, la morale, les lois et les habitudes de chacun".

D'autre part, la douleur est une sensation vécue par tous et propre à chacun.

La relation entre douleur et culture n'est pas évidente car une personne vivra sa douleur de manière personnelle alors qu'elle l'exprimera différemment en fonction de sa culture. Et plus particulièrement, les pertes de repères et/ou de soutien générées par une situation de migration fragilisent les parturientes et peuvent modifier leur comportement.

Nous allons donc nous questionner sur un point particulier: la prise en charge par les sages-femmes, de la douleur en salle d'accouchement des femmes de cultures différentes. Notre recherche a été réalisée dans les maternités lyonnaises et bressanes. Nous avons choisi de nous intéresser aux quatre grandes cultures que nous rencontrons le plus fréquemment dans nos salles d'accouchement, après la culture d'Europe occidentale: les cultures d'Afrique Noire, d'Asie du Sud-Est, du Maghreb et d'Europe de l'Est. Un questionnaire sur ce thème a été adressé aux sages-femmes travaillant en salle d'accouchement. Cela a permis d'établir un état des lieux sur la prise en charge, par les sages-femmes, de la douleur de ces femmes. Pour cela, nous allons étudier les connaissances des sages-femmes concernant le comportement des patientes de cultures différentes face à la douleur pendant le travail et l'accouchement, ainsi que la conduite à tenir de la sage-femme face à différentes situations provoquées par la barrière de la langue. Ces observations seront mises en perspective dans la discussion pour analyser l'impact de la culture d'origine sur la qualité (ou la difficulté) des soins prodigués par les sages-femmes.

La difficulté de ce mémoire est de ne pas faire de généralités en fonction des cultures mais au contraire de rester objectif. Comme nous invite Marie-Rose Moro, psychiatre responsable des consultations transculturelles d'ethnopsychiatrie à l'Hôpital Avicenne à Bobigny, à dépasser la "fixité culturelle", c'est-à-dire à dépasser les stéréotypes et les représentations, pour accueillir et accompagner cette parturiente comme une personne unique, singulière, avec toutes ses différences.

## Première partie:

### I/ Le sens de la douleur en anthropologie:

#### I.1) En fonction des cultures:

Le sens de la douleur est forcément en lien avec la culture de la personne, il sera différent selon l'éducation, les convictions de la personne concernée mais également selon le sexe, l'âge, l'expérience, etc...

En Afrique, dans certains peuples, le rapport à la douleur va être conditionné par la tradition, par exemple chez les Bariba du nord du Bénin et du Nigeria. Face à la douleur, ce peuple ne va pas réagir. Il est dit qu'un «vrai» Bariba n'exprime pas sa douleur. Pour eux, manifester sa douleur est une honte et un signe de lâcheté. En général, dans la culture d'Afrique Noire, le sens de la douleur diffère en fonction de la religion de la personne. Nous pouvons y retrouver l'animisme (qui est la croyance en une âme, une force vitale, animant les êtres vivants, les objets mais aussi les éléments naturels, comme les pierres ou le vent, ainsi qu'en les génies protecteurs), l'islam et le christianisme.

C'est un comportement retrouvé dans toutes les ethnies. Une femme qui accouche ne doit pas crier, ni pleurer car elle ferait honte à sa famille. (3) (11) (18)

Le sens de la douleur dans la culture du Maghreb est pour une majorité de la population de conception religieuse, elle vient de Dieu et a une raison d'être. Au delà du religieux, dans les cultures méditerranéennes, l'expression verbale bruyante est normale et acceptée. (10)

Le sens de la douleur, pendant le travail et l'accouchement, dans la culture d'Europe Occidentale et d'Europe de l'Est est semblable. Elle est physiologique, naturelle et est due à une réponse de l'organisme.

Dans l'Asie du Sud-Est la douleur est plus vue comme une fatalité, les femmes doivent l'accepter. En Asie, toute l'éducation est basée sur la maîtrise de ses sentiments et de son

comportement. Il faut rester digne et ne pas perdre la face.

## I.2) En fonction des religions:

Dans ce mémoire nous n'avons pas enquêté sur la religion mais nous nous basons surtout sur les différences interculturelles (ce sont deux aspects différentes mais tout de même intimement liées). Il est donc important de préciser le sens de la douleur dans les principales religions que nous pouvons rencontrer en France.

D'après Mohamed Salah Ben AMMAR, dans la religion musulmane, la douleur est la volonté de Dieu. Il ne faut pas se révolter contre ni la provoquer mais il est possible de la combattre. La douleur est inévitable, elle est inscrite en l'homme bien avant sa naissance.

Dans cette religion, la douleur n'est pas une sanction, nous comprenons donc que les personnes musulmanes puissent plus librement réclamer des soins antalgiques que les personnes dont la culture religieuse considère l'origine de la douleur comme un moyen de punition divine... Dieu leur a créé la douleur mais a aussi donné à l'homme les moyens de la combattre par la médecine et la prière. (1)(3)

Dans la chrétienté, la douleur est un lien avec le Christ, une façon de partager sa souffrance. Il est dit dans *La Bible* « tu enfanteras dans la douleur ». C'est une façon de se rapprocher de Dieu. Le caractère divin et inéductable de la douleur explique l'empreinte laissée dans l'histoire par la religion chrétienne. Les populations chrétiennes d'occident ou des empires coloniaux étaient donc éduquées dans l'idée de subir la douleur et de ne pas s'en plaindre. C'est pourquoi, elle est restée longtemps sous-estimée. Mais les expressions de gémissements et de pleurs étaient admis quand cela restait dans une normalité. (1)(3)(12)

Pour les personnes de religion juive, la douleur est une épreuve de Dieu pour renforcer les hommes. La religion juive autorise, elle, la révolte.

Pour les bouddhistes, la douleur est en étroite lien avec les fautes que le sujet a pu commettre. Cette douleur va permettre de purifier la personne de ces actes passés ou provenant d'autres vies. «*Toute existence n'est que douleur. Ne vous révoltez pas contre votre condition actuelle*

*car elle est punition du passé», Premier Sermon du Boudha. (1)*

Ce n'est évidemment jamais aussi simple. Il est difficile de catégoriser chaque femme en fonction de sa culture et/ou de sa religion. N'oublions pas que toute personne est unique par sa personnalité, son caractère et ses valeurs grâce à une éducation, une histoire familiale et un mode de vie propre à chacun. Le niveau de vie peut également faire varier l'accès au soin. Ces nombreux éléments vont modeler la personne et peuvent donc modifier le sens et l'expression de la douleur de chaque femme durant l'accouchement.

## II/ Les données anthropologiques sur les variations du vécu et l'expression de la douleur, durant le travail et l'accouchement, dans chaque culture:

### II.1) Le comportement:

Le comportement de chaque femme pendant l'accouchement, moment souvent douloureux, va être différent en fonction de la personne et de sa culture. Cette belle étape dans la vie d'une femme est une sorte de "rite de passage" transmis de génération en génération, qui diffère en fonction des sociétés et des cultures. Une femme de culture vietnamienne ne réagira probablement pas de la même façon qu'une femme de culture africaine.

Dans la culture d'Europe Occidentale et d'Europe de l'Est, pendant le travail et l'accouchement, les femmes vont réagir globalement de la même façon. Nos deux cultures ne sont pas tant différentes. Nous pouvons observer tous types de comportement face à la douleur même si, de manière générale, les femmes l'expriment tout en essayant de garder une sorte de contrôle sur l'expression de cette douleur. Parfois, les femmes s'excusent auprès des professionnels d'avoir crié lorsque la douleur était trop forte pour contrôler leur expression. Au contraire, dans la culture du Maghreb, les cris peuvent être perçants. Il est à noter que même sous péridurale les cris sont parfois observés.

Dans la culture arabe les cris signifient implicitement que le travail ou l'accouchement progressent bien. (1)

Dans cette culture, la péridurale est plutôt crainte. Elle peut être vue par certaines comme une

"incapacité à surmonter l'épreuve" de l'accouchement et pour d'autres comme "un accès à la modernité et une échappatoire à la fatalité". Une mère de culture maghrébine pourra dire de sa fille qui a vécu l'accouchement sous péridurale que "ce n'est pas normal, il n'y a pas de quoi être fière d'accoucher comme ça...". (15)

Dans la culture d'Afrique Noire, le meilleur comportement à l'accouchement est l'indifférence face à la douleur. Il est important de la maîtriser et, au mieux, de ne pas la manifester. On compare la femme pendant l'accouchement à un "guerrier sur le champ de bataille", son combat est de mettre au monde son enfant, dans l'honneur.

La douleur peut être un sujet tabou dans cette culture. Dans la langue bariba par exemple, il n'a été créé que peu de mots pour en parler. En Afrique, il arrive que les femmes accouchent seules et ne vont alors pas manifester de gêne ou de malaise. La femme africaine ne doit pas manifester ses sentiments même lors d'une immense souffrance et ceci dès son plus jeune âge. En effet, les enfants et les jeunes s'entraînent à cette attitude stoïque face à la douleur. La femme doit maîtriser sa douleur pour elle mais également pour son enfant. Cela va lui permettre pour elle, d'échapper à la honte, et pour son enfant d'être un jour capable de se contrôler et d'être ainsi estimé socialement.

Pour exemples, à l'accouchement, la femme pygmée ne doit pas crier mais au contraire chanter joyeusement. Par ailleurs, si la femme congolaise gémit et pleure, il est possible qu'elle soit accablée d'injures et de menaces par ses proches voire même son mari. (3)(7)(14)(15)(18)

Les femmes d'Asie du Sud-Est, souvent souriantes quels que soient les événements, se plaignent rarement et expriment peu de signe de douleur. Dans leur culture, la maîtrise de soi est essentielle. Leur pudeur fait qu'elles n'osent pas dire qu'elles souffrent. La notion de ne pas attirer "le mauvais esprit" est également retrouvé dans la littérature. Cette attitude peut être observée durant tout l'accouchement. Autrefois, tous les accouchements se faisaient dans la douleur. Donc aujourd'hui, lorsque les soignants leur proposent, en France, une analgésie péridurale, elles sont parfois réticentes. Cependant, parmi elles, certaines finissent par la demander au dernier moment. En Chine, cette technique est peu répandue. En effet, le taux d'analgésies péridurales est actuellement de seulement 1%. Cela peut venir du fait que, pour ces femmes, l'image de l'analgésie péridurale est très négative, considérée comme responsable de paralysie ou de future dorsalgie. Cela est également dû au niveau de

médicalisation de certains pays. (5)(15)

Marc Zborowski (anthropologue) et David Lebreton (professeur en psychologie à l'Université de Strasbourg, membre de l'Institut de France et chercheur au laboratoire Cultures et Sociétés en Europe) se sont intéressés à la question. Plusieurs études ont montré des différences comportementales entre les ethnies par des mécanismes sociaux, psychologiques et même biologiques. Les origines sociales et culturelles de la personne peuvent permettre de rattacher certaines expressions douloureuses à une culture. Mais des variations intra-ethniques trop importantes, des inégalités d'accès aux soins, et même d'accès aux antalgiques, dans un même pays par exemple, ont été relevées dans ces études. Nous réalisons donc que le comportement face à la douleur dépend des cultures, mais d'autres facteurs individuels ou collectifs ont aussi leur importance dans le vécu et les réactions. (1)

## II.2) Le toucher:

Le toucher est un moyen de communication très important, il va permettre de diminuer la distance entre la maman et le soignant. D'autre part, il peut être vécu différemment en fonction de la personne que nous avons en face de soi (en fonction de sa culture, de son éducation, de ses origines également). « Chaque culture apprend à ses enfants à supporter des seuils différents de contacts tactiles et de stimulations ». (4)

Pour exemples, les populations espagnoles, italiennes, françaises, sud-américaines et du bassin méditerranéen, en particulier, sont considérées comme très tactiles. En Amérique du Nord, au contraire, le toucher est tabou et se serrer la main pendant trop longtemps peut prendre une connotation sexuelle. Les Anglais et les Allemands sont marqués par une culture "antitoucher". En Asie, il est dit que le contact physique est craint (il peut faire quitter l'âme du corps et entraîner une maladie), surtout sur la tête et le visage, car c'est pour eux, le "point central de la vie". (4)

Dans la culture d'Afrique Noire, durant le travail la sage-femme va aider la future maman à gérer ses contractions en lui massant l'abdomen et le dos. Elle va également masser le périnée avant l'accouchement pour en favoriser l'élasticité. (14)

Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'information concernant la culture d'Europe de l'Est. Peu d'écrits ont été produits autour de la maternité ou alors sont écrits en russe.

### II.3) L'accompagnement:

La présence du père lors de l'accouchement est fréquente en Occident. Il est même actif, en coupant le cordon par exemple. Il va être la personne rassurante et soutenante dont les femmes ont besoin à ce moment de leur vie.

Chez les jeunes générations, le père peut être présent mais cela reste encore marginal dans les pays du Maghreb.

Au contraire, dans les pays africains, asiatiques et d'Europe de l'Est, les femmes sont, de manière générale, entourées et accompagnées par des femmes, que ça soit leur mère, leur soeur ou une amie proche. (4)

Les femmes migrantes qui accouchent dans nos maternités ont donc parfois besoin de faire la demande de cet accompagnement spécifique auprès des professionnels de santé. (13)

Lorsque ces femmes n'ont pas la possibilité de se faire accompagner par d'autres femmes (pas de famille ou d'amie sur place), les maris sont les seuls à pouvoir aider (pour traduire par exemple) et accompagner la femme. Les pères se retrouvent donc dans des situations nouvelles et parfois gênantes pour eux. (16)

Il faut rappeler que l'accouchement, dans le monde entier, reste une affaire de femmes, accoucheuses, matrones, sages-femmes, selon les contrées géographiques et l'organisation des structures de santé.

D'après Florence Becker et Anouk Roquet, psychologues, les mamans accouchant dans un autre pays (ayant une culture différente de la leur) mais l'accompagnement de leur mère ou d'une femme de confiance, leur suffit la plupart du temps à se sentir en sécurité et ne pas souffrir de l'éloignement (des lieux et de la culture d'origine). Dans ces cas là, la médicalisation et l'absence des rituels traditionnels ne sont pas mal vécus.

Mais il est aussi dit que, de « faire sans leur mère » rend l'accouchement plus difficile. Le cadre maternel est, pour beaucoup de cultures, primordial. Il rassure, rend plus fort. Il est dit

dans des études en psychologie, que dans toutes les cultures, on devient mère grâce à sa propre mère. En effet, Monique Bydlowski, psychanalyste, accorde une place fondamentale à la mère de la future mère. Il a été vu dans des études en psychologie (de Yahyaoui et Ethiard) analysant l'impact de l'absence de cette figure maternelle pendant l'accouchement, que les femmes qui venaient d'accoucher présentaient plus de complications médicales ou des difficultés à s'occuper de leur bébé. Cela montre donc l'importance de la présence de la mère de la parturiente. (9)(17)

Depuis 2003, en France, sont apparus les "Doulas". Ce sont des femmes payées par les parturientes pour les accompagner durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ces femmes travaillent sans formation adaptée à ce suivi. Leur présence est peut être due à un sentiment de manque d'accompagnement global de la part des parturientes, vis-à-vis des professionnels de santé.

#### II.4) La communication:

Accoucher dans un autre pays que le sien est un moment de grande solitude pour une femme qui ne peut parler de ses craintes à ses proches (son mari, sa mère...).

Il existe deux types de communication, verbale et non-verbale.

Dans la communication verbale, l'outil est le langage. Dans chaque culture, il existe des "codes de langage" qui peuvent parfois s'opposer. Par exemple, en Asie du Sud-Est, aller "droit au but" pour demander quelque chose est impoli et dire "non" peut perturber et décontenancer la personne en face, il est donc usuel de ne rien répondre. Le "oui" signifie "je vous ai entendu" et non l'acquiescement comme dans les pays occidentaux. (4)

Dans la culture d'Afrique Noire, par exemple, la sage-femme accompagne la future maman tout au long du travail en prononçant des "mots sacrés qui écartent les obstacles". (14)

La langue est une barrière qui parfois peut être difficile à dépasser. Nous pouvons rencontrer dans nos maternités des femmes de cultures étrangères, ne parlant pas français et ne comprenant pas cette langue (surtout les femmes de cultures d'Asie du Sud-Est et d'Afrique

Noire qui parlent des langues très éloignées du français). Il est beaucoup plus simple pour la sage-femme de communiquer avec sa patiente lorsqu'un membre de sa famille est capable de traduire, même si ce mode de communication n'est pas toujours satisfaisant pour le soignant. Celui-ci va devoir faire attention aux interprétations et aux informations non comprises de la part du patient et parfois du traducteur. Il existe parfois dans certains hôpitaux la possibilité d'avoir recours à un interprète lorsque la compréhension entre le professionnel et le patient est difficile. La difficulté va être d'interpréter le vocabulaire médical qui est parfois mal connu de l'interprète. Si nos explications sont un peu longues, l'interprète les synthétise à sa façon, avec ses propres filtres, ce qui peut parfois conduire à des malentendus...

La communication non verbale est basée sur les gestuelles et la distance qui est mise entre deux personnes mais également sur le silence, les intonations, le débit et la sonorité de la voix. Ce langage du corps renforce le message verbal ou parfois le trahit.

Dans les pays asiatiques, il est préférable de ne pas élever la voix, par pudeur et par respect. En revanche, sur les continents américain et africain, on parle généralement assez vite et fort.

(4)

Pour communiquer dans un cadre d'interculturalité, il est donc primordial de recevoir en maternité toutes les femmes sans a priori de culture et de religion. Comme nous l'avons vu, il est important d'identifier la culture de chaque patiente pour que sa prise en charge soit au plus près de ses attentes, en commençant par son langage. (10)

## Deuxième partie:

### I/ Présentation de l'étude:

Nous avons voulu dans ce mémoire faire un état des lieux sur la prise en charge, faite par les sages-femmes, de la douleur en salle d'accouchement, des femmes de cultures différentes. Pour cela nous avons créé un questionnaire que nous avons adressé (par mail) aux sages-femmes travaillant en salle de naissance des hôpitaux de Bourg-en-Bresse, de Givors et dans quatre hôpitaux de Lyon, l'Hôpital Femme Mère Enfant, l'hôpital privé du Val d'Ouest, l'hôpital de la Croix-Rousse et l'hôpital Lyon Sud. Nous avons donc demandé l'aide des cadres de service afin de transmettre numériquement notre questionnaire aux sages-femmes travaillant en salle d'accouchement.

Pour cela nous nous sommes basés sur différentes hypothèses qui répondent à plusieurs objectifs:

Objectif 1: Vérifier si les sages-femmes connaissent les attentes des femmes de cultures différentes.

- Hypothèse 1: Les sages-femmes prennent en charge la douleur de la même façon d'une femme de culture Européenne Occidentale que celle d'une femme de culture différente.
- Hypothèse 2: Les sages-femmes ne disposent pas des données anthropologiques sur les variations du vécu de la douleur dans chaque culture.
- Hypothèse 3: Certaines conditions de travail (charge importante, travail de nuit...) ou conditions de relation (barrière de la langue) sont une entrave à la prise en compte de la culture d'origine. Ceci ne permet pas de connaître les attentes des patientes.

Objectif 2: Etudier comment les sages-femmes prennent en compte la culture d'origine.

- Hypothèse 1: Les sages-femmes ne prennent pas le temps d'identifier la culture dominante qui prévaut pour ces femmes. Or, en fonction des cultures, les femmes ne sont pas forcément autorisées à manifester leur douleur, leurs attentes et leurs revendications.
- Hypothèse 2: Les sages-femmes recherchent des signes indirects permettant d'évaluer le vécu de la douleur (regard, signes de panique,...).
- Hypothèse 3: Pour aider ces femmes à gérer leur douleur dans de meilleures conditions et en respectant peut-être plus leur culture, les sages-femmes proposent des alternatives pour apaiser la douleur (acupuncture, sophrologie, hypnose,...). Elles sont plus présentes et laissent place à la parole ou vont se faire accompagner par une personne proche de la femme pour contourner la barrière de la langue.

Objectif 3: Evaluer les solutions qui permettraient aux sages-femmes de mieux appréhender cette gestion du vécu des femmes d'origines différentes.

- Hypothèse 1: Les sages-femmes communiquent souvent avec la patiente (malgré la barrière de la langue) et tentent de comprendre au mieux ses attentes pour permettre une meilleure prise en charge.
- Hypothèse 2: Les sages-femmes n'assistent pas assez à des formations sur les différences interculturelles pour permettre, par la suite, une meilleure prise en charge de ces femmes.
- Hypothèse 3: Les sages-femmes qui rencontrent souvent les questions d'interculturalité et qui ont bénéficié de formation sont plus à l'aise.
- Hypothèse 4: La réalisation de stages ou d'exercices professionnels à l'étranger permettent aux sages-femmes une meilleure prise en charge des patientes de cultures différentes.
- Hypothèse 5: Les sages-femmes de culture non Européenne Occidentale et exerçant en France ont une meilleure sensibilité face à des patientes de culture extra-européenne.

## II/ Population et résultats:

### II.1) Population de l'étude:

Nous avons pu recevoir 75 réponses à notre questionnaire. Nous ne connaissons pas le nombre total de sages-femmes ayant été sollicitées pour notre étude. Cette comptabilisation aurait représenté une surcharge de travail pour les cadres.

La population de notre enquête comporte 4 hommes et 71 femmes. Plus de la moitié (57%) ont entre 23 ans et 35 ans, 36% des sages-femmes qui ont répondu ont entre 35 et 45 ans et 7% ont 45 ans ou plus.

La moitié des sages-femmes de notre enquête (51%) travaillent en niveau III, 43% travaillent en niveaux IIA ou IIB et 7% en niveau I.

Nous nous sommes demandé si la culture du professionnel pouvait avoir un impact sur la façon dont il prenait en charge ses patientes de cultures différentes. Nous avons donc demandé à quelle culture ces professionnels de nationalité française considéraient être rattachés.

Une grande majorité (91%) se déclarent de culture d'Europe Occidentale, quatre sages-femmes se rattachent à la culture du Maghreb, deux à la culture d'Afrique Noire, deux autres à la culture d'Europe de l'Est, une à la culture d'Asie du Sud-Est, une sage-femme se rattache à une autre culture, sans toutefois préciser laquelle et deux sages-femmes n'ont pas souhaité répondre à cette question. Au total, 10 des sages-femmes interrogées sur 75 se déclarent d'une culture autre que celle d'Europe de l'Ouest. Leur nombre est insuffisant pour nous permettre de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse que ces sages-femmes se présentant comme de culture non européenne occidentale ont une meilleure sensibilité face à des patientes, elles-mêmes de culture différente.

## II.2) Description des résultats:

### II.2.1) Les stages étudiants et les emplois à l'étranger:

Nous nous sommes demandé si le fait pour les sages-femmes de travailler à l'étranger leur permettait, par la suite, une meilleure prise en charge de leurs patientes.

Nous avons donc demandé aux sages-femmes (dans notre questionnaire) si elles avaient effectué un stage à l'étranger pendant leurs études. Si oui, nous leur demandions d'en préciser les lieux.

15 sages-femmes ont répondu oui, sur 75 sages-femmes au total (soit 20%) qui sont allés faire un stage à l'étranger pendant leurs études.

Les terrains de stages étaient la Nouvelle-Calédonie, la Guyane, la Tunisie, la Guadeloupe, la Polynésie, la Martinique, le Sénégal, le Burkina Faso, le Bénin, la Mauritanie, Mayotte, le Maroc, la Martinique et la Belgique.

Un professionnel nous a précisé que, pendant ses études, l'école n'avait pu donner une suite favorable à sa demande de stage à l'étranger. Le fait de ne pas en faire n'est donc pas forcément un choix délibéré des futurs professionnels.

Nous avons ensuite demandé s'il avaient déjà travaillé à l'étranger après leur diplôme. Si oui, nous leur demandions de préciser les lieux et la durée.

12 sages-femmes (14%) ont déclaré être allées travailler à l'étranger après leurs études.

Les lieux concernés étaient Mayotte (deux sages-femmes), Tahiti, Madagascar, le Cameroun, le Sénégal, la Guyane, les Antilles Françaises, la Polynésie, l'Algérie, Israël et le Guatemala. Les stages se sont déroulés soit sur des périodes courtes (entre quinze jours et six mois), soit sur des temps plus longs (entre deux ans et cinq ans).

Interrogés sur le bénéfice apporté par ces séjours professionnels à l'étranger, les professionnels de l'enquête ont répondu de façon comparable après un stage à l'étranger pendant les études ou après y avoir travaillé plus tard:

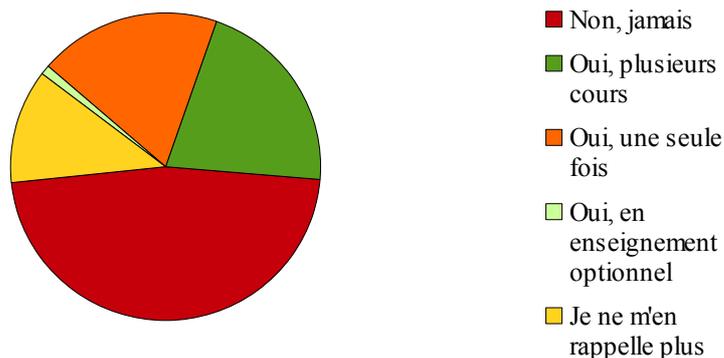
- pour plus de 90%, cela leur a apporté une ouverture d'esprit sur la culture locale,

- ainsi qu'une vision différente des prises en charge,
- la moitié des professionnels concernés mentionne que ce séjour leur a apporté une ouverture d'esprit sur leur métier,
- enfin un quart estime que ce séjour leur a permis d'améliorer leur technique.

Ces résultats montrent principalement que d'effectuer un stage à l'étranger pendant ses études et/ou de travailler à l'étranger, apporte surtout une ouverture d'esprit des sages-femmes sur la culture des patientes, et améliore parfois leur technique. Cela pourrait donc entraîner par la suite une meilleure prise en charge des patientes de cultures différentes. Nous y reviendrons.

## II.2.2) Les formations d'anthropologie pendant et après les études:

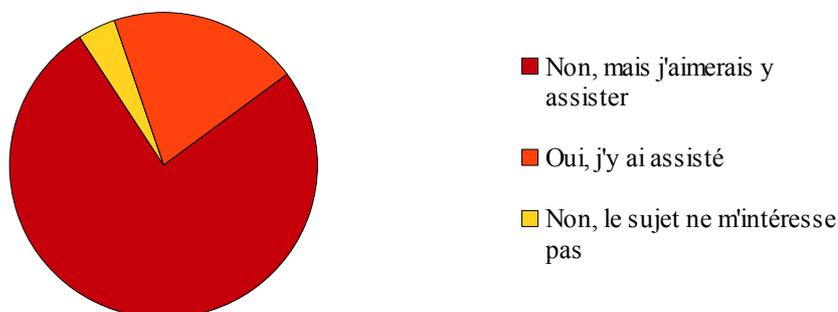
Notre hypothèse étant que les sages-femmes n'assistaient pas assez à des formations sur les différences interculturelles, nous avons donc demandé aux professionnels de notre enquête s'ils avaient eu pendant leur formation maïeutique des cours d'anthropologie, et s'ils avaient eu l'occasion d'assister à des formations sur les différences interculturelles après leurs études.



***Graphique 1: Réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant les cours d'anthropologie pendant leurs études***

Il apparaît donc qu'environ 2 professionnels interrogés sur 5 ont bénéficié de cours d'anthropologie pendant leurs études, tandis qu'un peu moins de la moitié n'en ont pas eu.

Il est à noter également que près d'1 professionnel sur 6 nous a déclaré ne pas s'en souvenir. 43% (36+7%) ont plus de 10 ans de métier, il est donc possible que ces sages-femmes ait oublié. Ce biais de mémoire n'empêche pas a priori de valider notre hypothèse de départ mais mérite d'être souligné.



***Graphique 2: Réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant les formations sur les différences interculturelles après l'acquisition du diplôme***

Les résultats montrent donc que peu de formations sur les différences interculturelles sont suivies par les professionnels en maïeutique au cours des études ou plus tard lors de la formation continue. Cela valide donc notre hypothèse de départ.

Revenons maintenant sur le résultat précédent qui montrait qu'effectuer un stage à l'étranger pendant ses études et/ou travailler à l'étranger, apportait d'abord une ouverture d'esprit des sages-femmes sur la culture des patientes. Cela pourrait donc entraîner par la suite une envie supérieure de se former sur la question.

Nous observons que parmi les 22 sages-femmes de notre enquête ayant déjà travaillé à l'étranger (stage et/ou emploi), la majorité (19/22, soit 86%) déclarent souhaiter se former sur la question des différences interculturelles, tandis que 2 sur 22 (9%) ont déjà assisté à ce genre de formation. Par ailleurs, sur les 52 sages-femmes n'ayant pas été à l'étranger, la majorité (37, soit 71%) souhaitent se former sur le sujet mais n'ont pas encore fait, tandis que 12 (23%) ont suivi une formation. Il apparaît donc que le souhait de formation est majoritaire dans les deux groupes (avec un taux légèrement supérieur dans le premier groupe) mais les professionnels

du second groupe sont proportionnellement plus nombreux à l'avoir fait réellement.

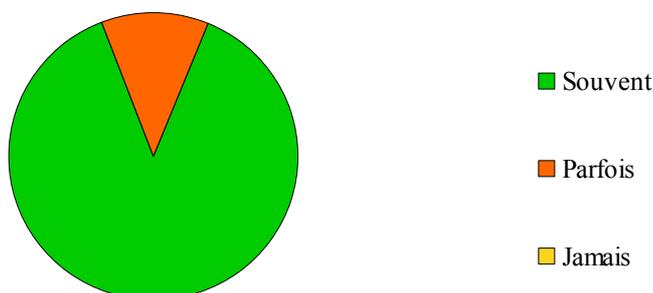
Nous avons ensuite cherché, parmi les sages-femmes ayant été à l'étranger, combien d'entre elles ont eu l'occasion, pendant leurs études, d'assister à des cours d'anthropologie. La majorité de ces sages-femmes nous ont annoncé ne jamais avoir eu de cours sur les différences interculturelles.

Une de nos hypothèses était que les sages-femmes qui effectuent des stages ou travaillent à l'étranger leur permettent, par la suite, une meilleure prise en charge de leurs patientes. Nous savons maintenant que ces sages-femmes n'ont pas eu, pour la majorité d'entre elles, ni de cours d'anthropologie pendant leurs études, ni de formation sur la question d'interculturalité. Cela peut donc mettre en doute notre hypothèse. Pour la valider, il faudrait que les sages-femmes aient acquis des connaissances sur les variations culturelles en dehors du cursus classique des formations académiques. Nous tenterons donc d'y répondre ultérieurement.

### II.2.3) La fréquence de prise en charge:

Nous postulons que les sages-femmes qui rencontrent souvent les questions d'interculturalité sont plus à l'aise avec les patientes de cultures différentes.

Nous avons donc demandé à quelle fréquence ces professionnels estimaient prendre en charge ces patientes dans leur pratique quotidienne.



***Graphique 3: Réponses des sages-femmes interrogées (n=65) concernant la fréquence de prise en charge en salle d'accouchement de femmes de cultures différentes***

Nous observons qu'en très grande majorité, les sages-femmes de notre enquête reconnaissent rencontrer en salle de naissance des femmes de cultures différentes ("souvent" 85%, "parfois" 9%). A noter que 10 sages-femmes ont coché "Autre" en réponse à cette question. Nous en discuterons en troisième partie.

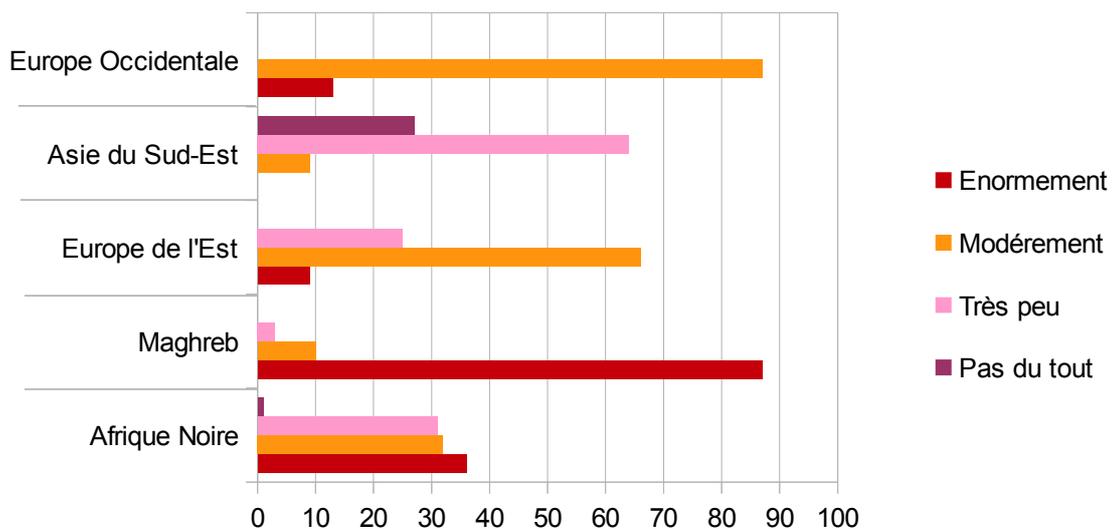
#### II.2.4) Les connaissances anthropologiques des sages-femmes:

Nous postulons que les sages-femmes ne disposent pas des données anthropologiques sur les variations du vécu de la douleur dans chaque culture.

Pour répondre à cette hypothèse nous avons posé plusieurs questions aux professionnels, visant différents points.

##### II.2.4.1) L'intensité de l'expression de la douleur en fonction des cultures:

Nous leur avons demandé, d'après elles, à quel point une femme exprime sa douleur durant le travail et l'accouchement, dans les cinq cultures de notre étude.



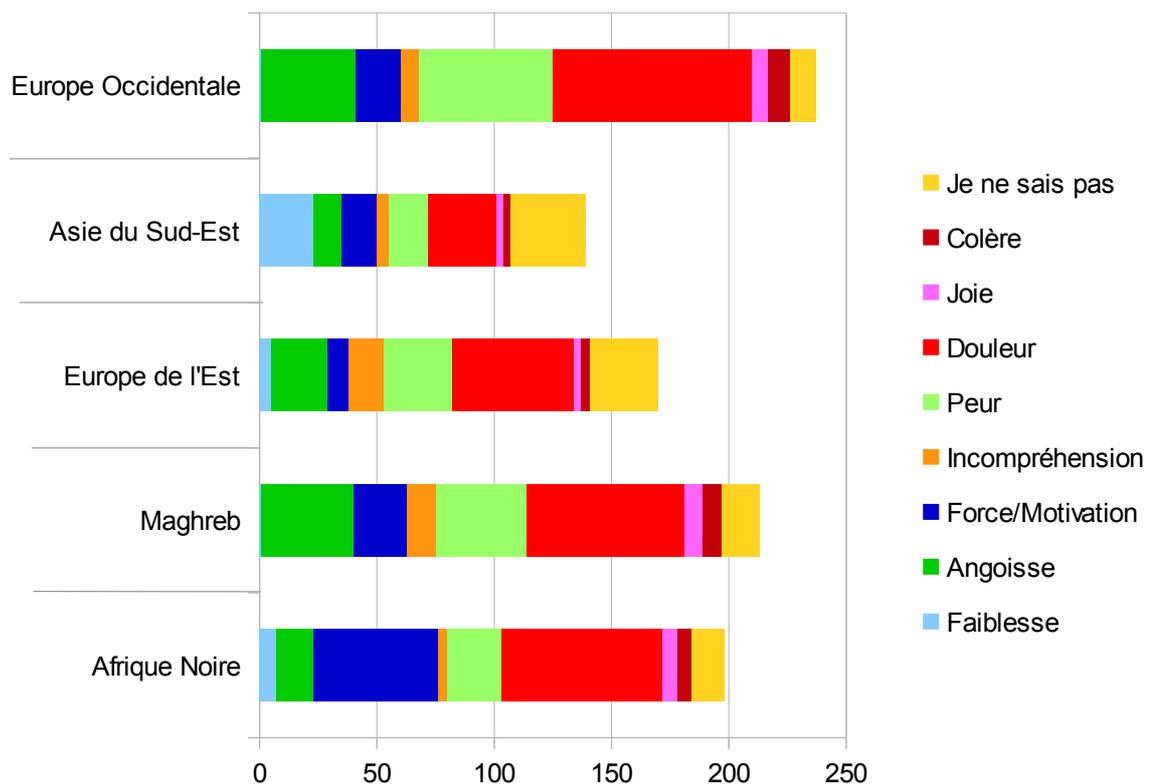
***Graphique 4: Nombre d'opinions des sages-femmes interrogées (n=75) concernant l'intensité d'expression de la douleur autour de la naissance en fonction de la culture des patientes***

(Remarque: nombre de réponses pouvant être supérieur à 75 car plusieurs réponses possibles pour chaque question)

D'après les professionnels de notre étude, les femmes de culture d'Europe Occidentale ont tendance à exprimer modérément leur douleur au cours du travail et de l'accouchement. Les femmes de culture d'Asie du Sud-Est exprimeraient très peu leur douleur, voire pas du tout. Les femmes d'Europe de l'Est, elles, exprimeraient modérément leur douleur, voire très peu. Au contraire, d'après les sages-femmes de notre enquête, les femmes de culture du Maghreb ont tendance à exprimer énormément leur douleur. Enfin, pour les femmes de culture d'Afrique Noire, les professionnels sont partagés sur le niveau d'expression de la douleur (grande, modérée et faible). Nous en discuterons.

#### II.2.4.2) La signification du cri pré et per natal en fonction des cultures:

Nous leur avons demandé, d'après elles, à quoi était associé le cri pré et per natal, en fonction des cultures.



***Graphique 5: Nombre d'opinions des sages-femmes interrogées (n=75) concernant la signification du cri pré et per natal en fonction des cultures des patientes***

(Remarque: nombre de réponses pouvant être supérieur à 75 car plusieurs réponses possibles pour chaque question)

Après analyse des résultats obtenus, nous retrouvons, dans toutes les cultures, "la douleur" et "la peur" associées au cri pré et per natal, en grande proportion.

Puis "l'angoisse" en grand nombre pour toutes les cultures, sauf celle d'Asie du Sud-Est, où le cri sera plus associé à de "la faiblesse".

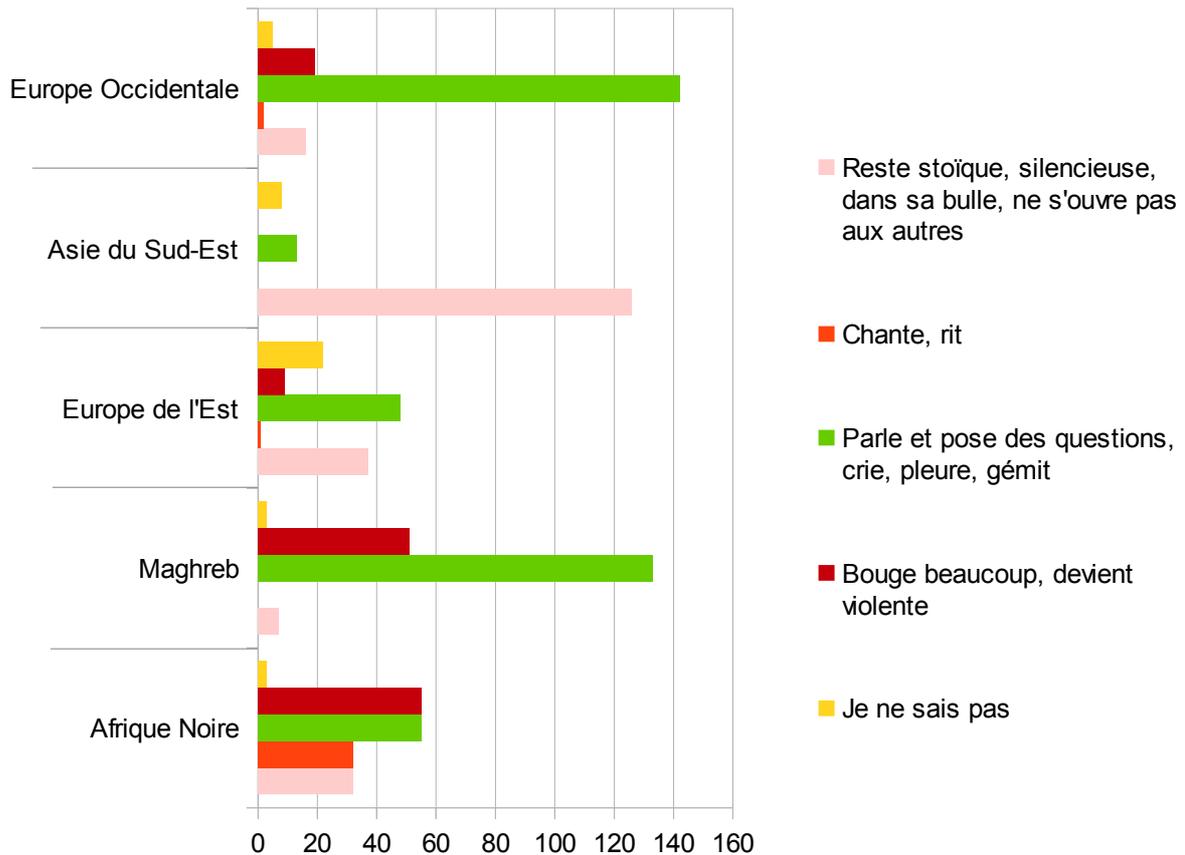
Dans les cultures d'Europe Occidentale, du Maghreb et celle d'Afrique Noire, quelques sages-femmes ont associé ce cri à de "la force et de la motivation".

Nous remarquons un taux plus élevé de réponses pour la culture d'Europe Occidentale puis celle du Maghreb et celle d'Afrique Noire. Cela peut être souligner le fait que les sages-femmes ont plus l'habitude de prendre en charge ces mamans, ou bien, ont plus de connaissances sur ces trois cultures. Ce point sera revu en troisième partie.

Nous observons 35 réponses "je ne sais pas" à cette question, toutes cultures confondues. Pour aller plus loin, nous avons recherché si les sages-femmes ayant répondu au moins une fois "je ne sais pas" ont eu la possibilité d'assister, au moins, à une formation pendant leurs études et/ou après l'obtention de leur diplôme. 45% n'en ont jamais eu et 54% ont eu l'occasion d'assister, au moins, à une formation. Nous notons une proportion de sages-femmes légèrement supérieure ayant répondu "je ne sais pas" à la question et pour autant ayant eu, au moins une formation. Nous en discuterons en troisième partie.

#### II.2.4.3) Le comportement des femmes face à la douleur:

Nous leur avons demandé, d'après elles, quel était le comportement dominant des femmes pendant le travail et l'accouchement, face à la douleur, en fonction des différentes cultures.



***Graphique 6: Nombre d'opinions des sages-femmes interrogées (n=75) concernant le comportement dominant des femmes face à la douleur, en fonction des cultures***

(Remarque: nombre de réponses pouvant être supérieur à 75 car plusieurs réponses possibles pour chaque question)

Pour analyser au mieux les réponses des sages-femmes nous avons créé quatre catégories différentes de comportement face à la douleur. La première (en rose pâle) rassemble les comportements avec une faible réactivité, du moins apparente, la deuxième (en orange) pour les réactions verbales qui tendent vers un sentiment de joie, la troisième (en verte) pour les réactions verbales mais qui tendent plutôt vers un sentiment de peur et enfin la quatrième (en rouge foncé) rassemble les réactions physiques, le mouvement.

Pour la culture d'Europe Occidentale, les réponses des sages-femmes traduisent un comportement plutôt expressif et actif des femmes face à la douleur, pendant le travail et l'accouchement. Pour les femmes de culture d'Asie du Sud-Est, les réponses sont tournées au contraire, vers un comportement plutôt calme et une réactivité apparente pauvre.

Pour la culture d'Europe de l'Est, les sages-femmes n'ont pas fait ressortir de grande tendance dans leurs réponses. 48 sages-femmes ont penché vers un comportement plutôt actif de la femme et 37 vers une réactivité apparente pauvre face à la douleur des femmes en salle d'accouchement.

Et nous retrouvons surtout "je ne sais pas" comme réponse à notre question. Ces dernières observations suggèrent que les sages-femmes sont peu familières des comportements des femmes de culture d'Europe de l'Est, face à la douleur pendant le travail et à l'accouchement.

Pour la culture du Maghreb, une majorité de réponses traduisant un comportement actif et très expressif des femmes y est retrouvé .

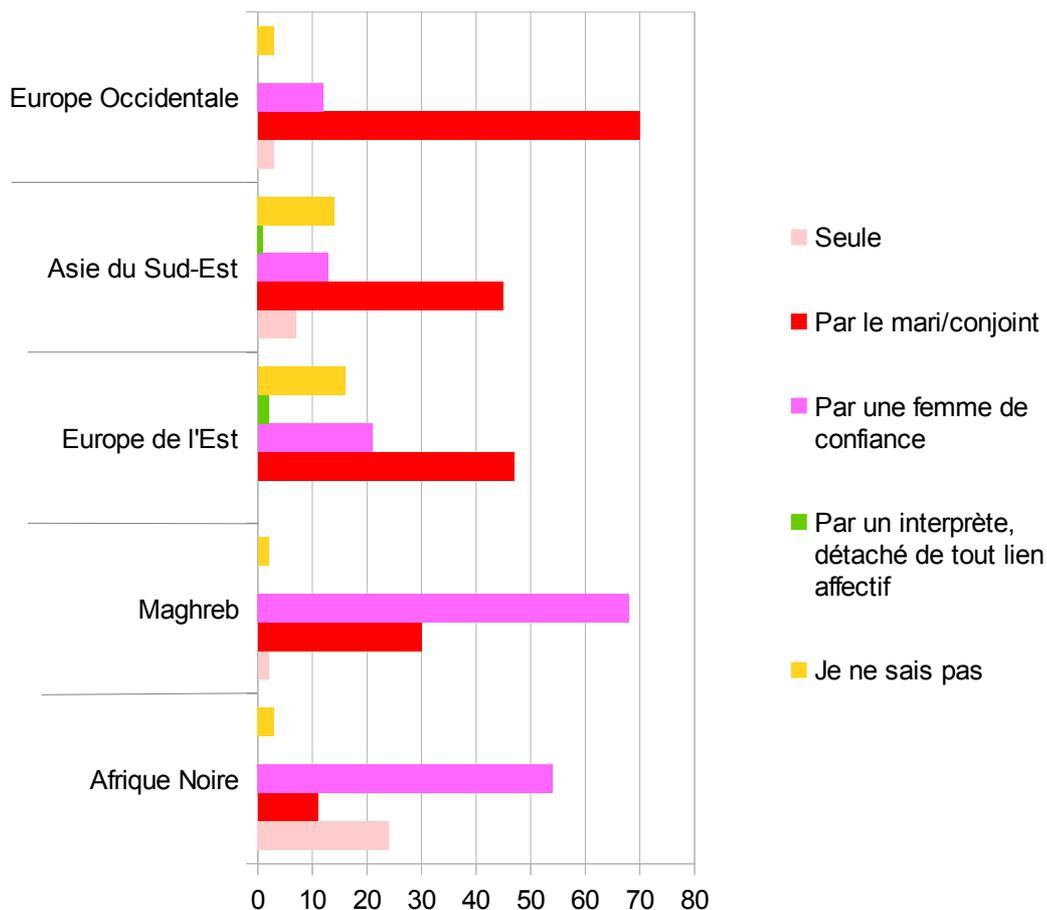
Pour la culture d'Afrique Noire, nous observons des réponses qui tendent surtout vers un comportement actif des femmes face à la douleur mais également à l'inverse, des réponses en moins grand nombre mais tout de même présentes, montrant un comportement non-expressif de la femme face à la douleur.

Une tendance de comportement se dégage pour chaque culture sauf pour celles d'Afrique Noire et d'Europe de l'Est, où il semble y avoir plus d'hésitations dans les réponses des sages-femmes. Nous ferons le lien avec les données anthropologiques que nous avons recueilli en troisième partie de ce mémoire.

Nous notons 24 réponses "je ne sais pas" à cette question, toutes cultures confondues. Comme précédemment nous avons cherché si parmi les sages-femmes ayant répondu au moins une fois "je ne sais pas", elles avaient eu une formation en anthropologie. 45% ont assisté à, au moins, une formation et 50% n'en ont jamais eu. Nous n'observons pas ici de différence nette.

#### II.2.4.4) L'accompagnement des femmes tout au long du travail, en fonction des cultures:

Nous avons demandé aux sages-femmes, d'après elles, comment veulent être accompagnées ces femmes durant le travail et l'accouchement, en fonction des cultures.



***Graphique 7: Nombre de réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant le souhait d'accompagnement des femmes pendant le travail et l'accouchement, en fonction des cultures***

Pour toutes les cultures, nous pouvons observer en réponses majoritaires, "par le mari/conjoint" pour les cultures d'Europe Occidentale et de l'Est et l'Asie du Sud-Est et "par une femme de confiance" pour les cultures du Maghreb et d'Afrique Noire.

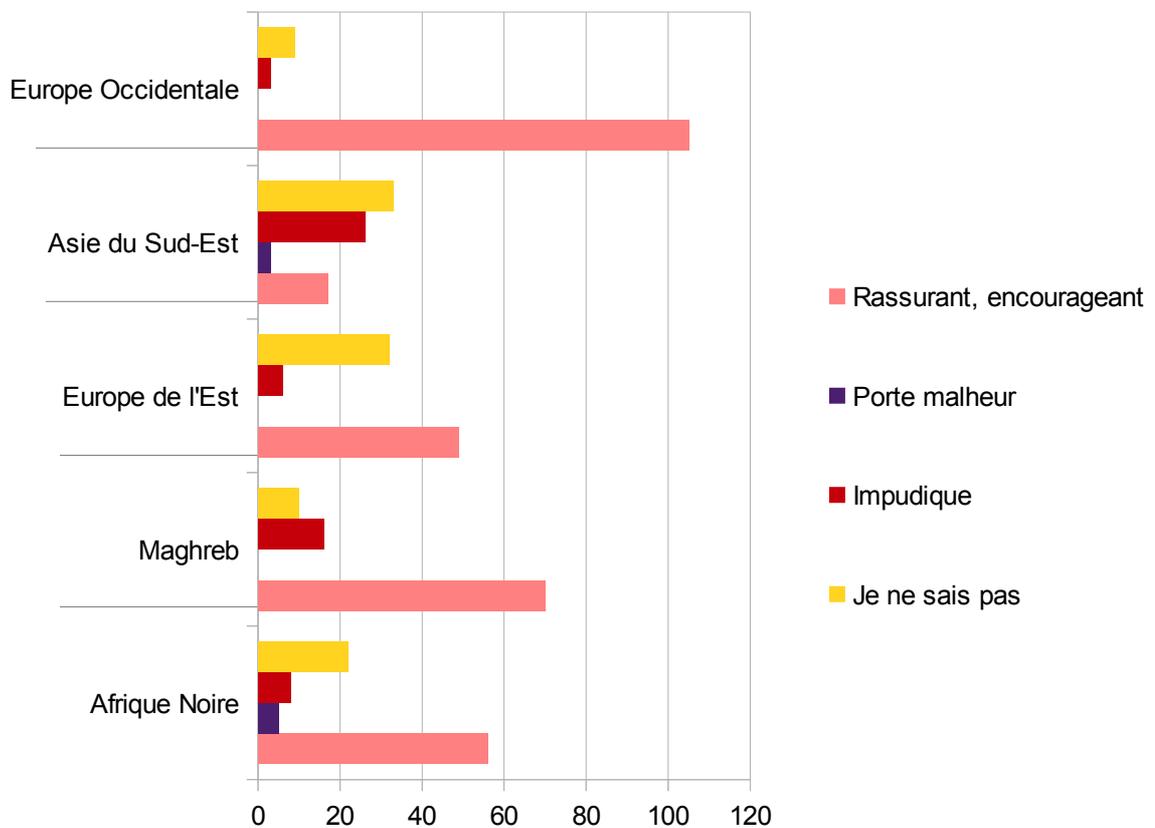
38 sages-femmes sur 75 (51%) ont reconnu ne pas avoir la réponse à notre question (surtout pour les cultures d'Europe de l'Est et d'Asie du Sud-Est). Nous pouvons donc supposer que la moitié des sages-femmes interrogées connaissent peu les habitudes générales en terme d'accompagnement des femmes durant le travail, en fonction des différentes cultures.

Pour aller plus loin, nous avons observé que les sages-femmes ayant répondu "je ne sais pas" n'ont eu, pour la majorité (55%), ni de cours pendant leurs études, ni de formation plus tard.

Mais toutes sont intéressées par le sujet et aimeraient pouvoir assister à une formation sur l'interculturalité.

II.2.4.5) Le vécu du toucher en fonction des cultures:

Nous leur avons demandé, d'après elles, comment est perçu le toucher (contact entre le soignant et la patiente) en fonction des cultures.



***Graphique 8: Nombre d'opinions des sages-femmes interrogées (n=75) concernant le vécu du toucher en fonction des cultures des patientes***

(Remarque: nombre de réponses pouvant être supérieur à 75 car plusieurs réponses ont pu être regroupées pour certaines questions)

Pour synthétiser les réponses nous avons regroupé les deux termes à connotation positive "rassurant" et "encourageant" dans un même groupe sur le diagramme.

D'après les sages-femmes de notre étude, le toucher est perçu globalement comme un geste

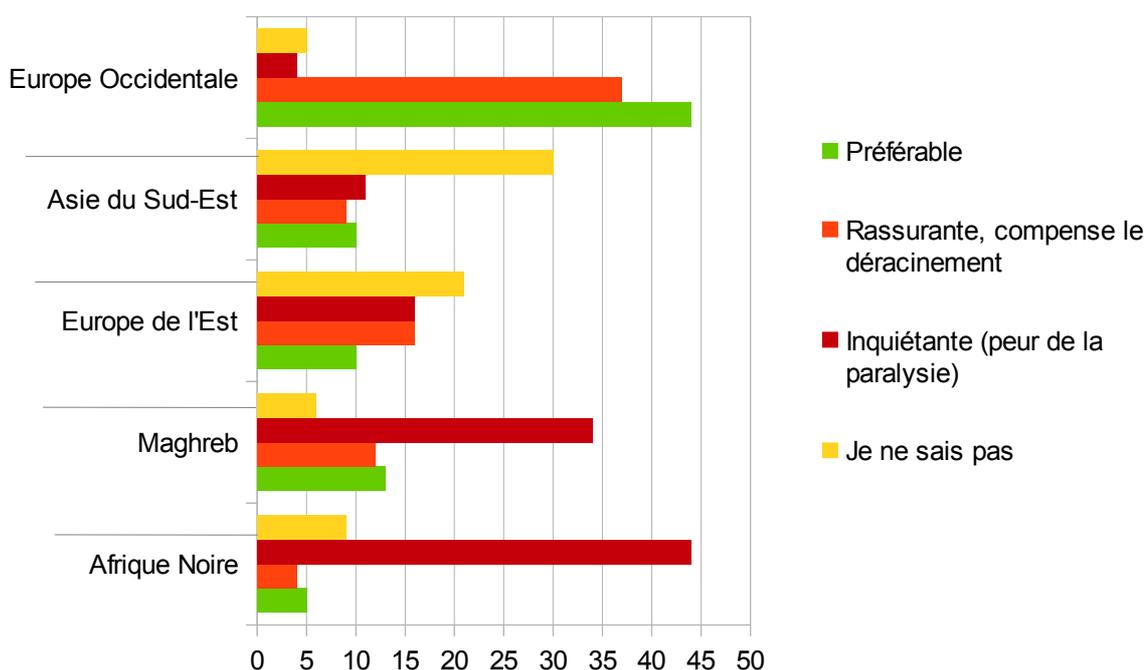
plutôt positif (rassurant et encourageant) pour toutes les cultures, sauf celle d'Asie du Sud-Est, où se détache en particulier le toucher comme un geste impudique.

Nous observons également 106 réponses des 75 sages-femmes, indiquant "je ne sais pas" à la question posée, par rapport aux cinq cultures. Un nombre plus important concerne les cultures d'Asie du Sud-Est, d'Europe de l'Est et d'Afrique Noire. Nous en discuterons.

Parmi les sages-femmes qui ont répondu "je ne sais pas", la moitié ont déjà eu au moins une formation en anthropologie et l'autre moitié n'en a jamais eu.

#### II.2.4.6) Le vécu de la péridurale et sa fréquence de demande en fonction des cultures:

Nous leur avons demandé, d'après elles, comment est perçue l'analgésie péridurale en fonction des cultures.



*Graphique 9: Nombre de réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant le vécu de la péridurale en fonction des cultures des patientes*

Pour une analyse plus synthétique des résultats, nous avons regroupé les termes "rassurante"

et "compense le déracinement" dans une même catégorie "positive".

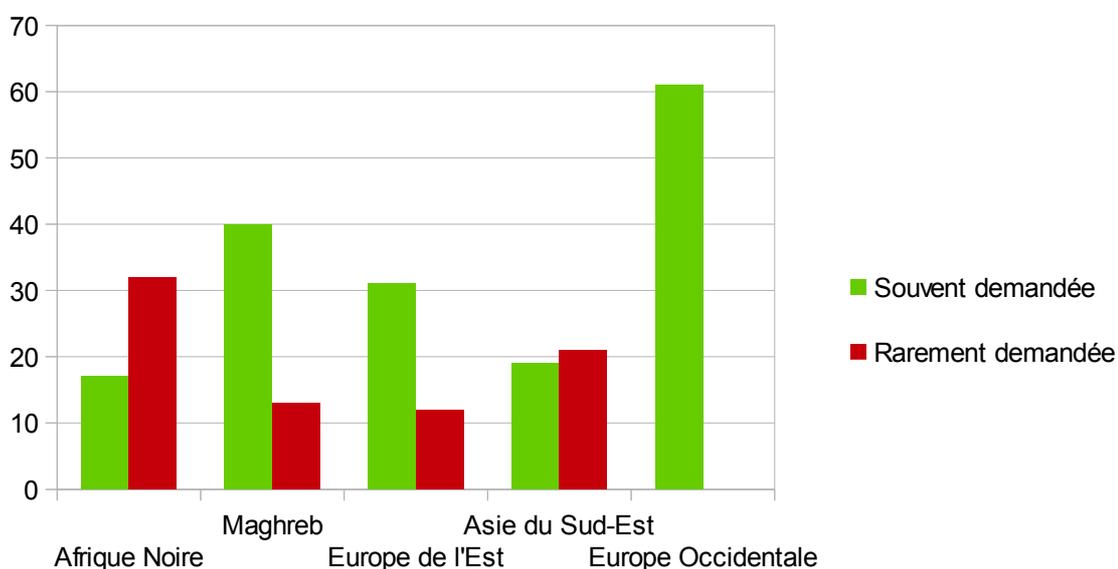
La seule culture où se dégage une perception positive (préférable et rassurante) de la péridurale est celle d'Europe Occidentale.

Pour les cultures du Maghreb et d'Afrique Noire, nous observons une tendance dans les réponses des sages-femmes, la perception plutôt inquiétante (peur de la paralysie) de la péridurale.

Enfin, pour les cultures d'Asie du Sud-Est et d'Europe de l'Est, les avis sont partagés. Mais la réponse des sages-femmes qui se dégage le plus pour ces deux cultures est "je ne sais pas".

Parmi les sages-femmes qui ont répondu "je ne sais pas" à cette question, une majorité (54%) ont assisté à au moins une formation en anthropologie et seulement 39% n'en ont jamais eu. Nous discuterons de l'efficacité de la formation en troisième partie.

Nous leur avons ensuite demandé, à quelle fréquence elles estiment que les femmes souhaitent une péridurale.



*Graphique 10: Nombre de réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant la fréquence de demande de la péridurale en fonction des cultures des patientes*

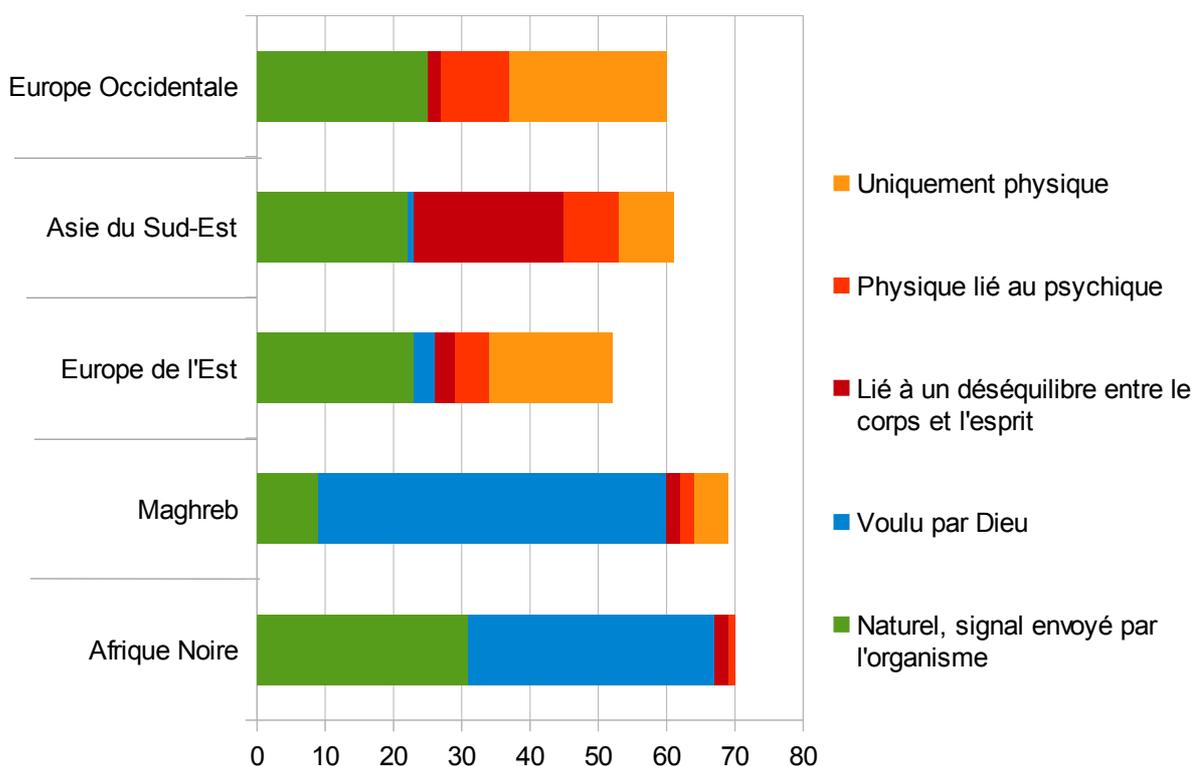
D'après les réponses des sages-femmes de notre étude, la péridurale est souvent demandée dans les cultures d'Europe Occidentale, d'Europe de l'Est et du Maghreb. Elle est plus rarement demandée par les femmes de culture d'Afrique Noire.

Pour la culture d'Asie du Sud-Est, les deux types de réponses coexistent et aucune tendance nette ne se détache.

Des avis aussi divergents soulignent une difficulté à se positionner sur cette question. Il semble effectivement que certaines cultures soient mieux connues que d'autres.

#### II.2.4.7) Le sens donné à la douleur en fonction des cultures:

Nous avons demandé aux sages-femmes quel était, d'après elles, le sens donné par les patientes à leur douleur en fonction de leur culture.



***Graphique 11: Nombre de réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant le sens donné par leurs patientes à la douleur en fonction des cultures***

Nous avons regroupé deux items qui se rapprochent, "naturel" et "signal envoyé par l'organisme", pour faciliter la lecture de notre diagramme.

Le graphique permet de se rendre compte que les sages-femmes considèrent que leurs patientes donnent un sens bien différent à la douleur en fonction des cultures.

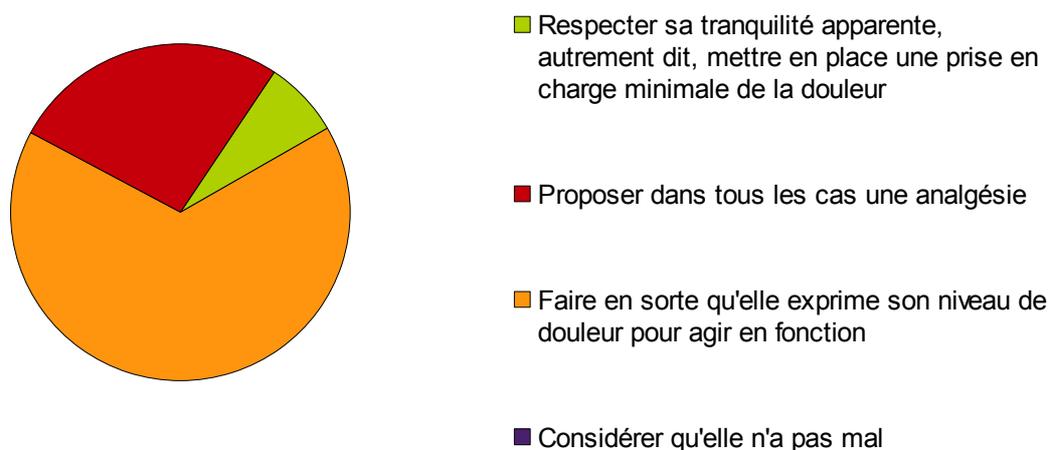
Pour cet item de notre questionnaire, les sages-femmes ont été invitées à ne cocher qu'une seule réponse, nous n'avons pas proposé de choix multiple. Cela aurait été judicieux de pouvoir leur laisser le choix. Il est bien possible que la douleur ait plusieurs sens en fonction des cultures et des personnes.

Nous aurions pu également rajouter "je ne sais pas" comme réponse, pour analyser au mieux les connaissances des sages-femmes de notre étude.

En conclusion, notre analyse montre que sur certains points les réponses semblent assez sûres, alors que sur d'autres, il y a plus de doutes illustrés par les nombreux "je ne sais pas".

#### II.2.5) La conduite à tenir de la sage-femme lorsque la patiente n'exprime pas sa douleur:

Nous leur avons demandé, dans leur pratique, ce qu'elles font lorsque les femmes n'expriment pas leur douleur.



***Graphique 12: Réponse des sages-femmes interrogées (n=75) concernant l'action prioritaire mise en place lorsque la femme n'exprime pas sa douleur***

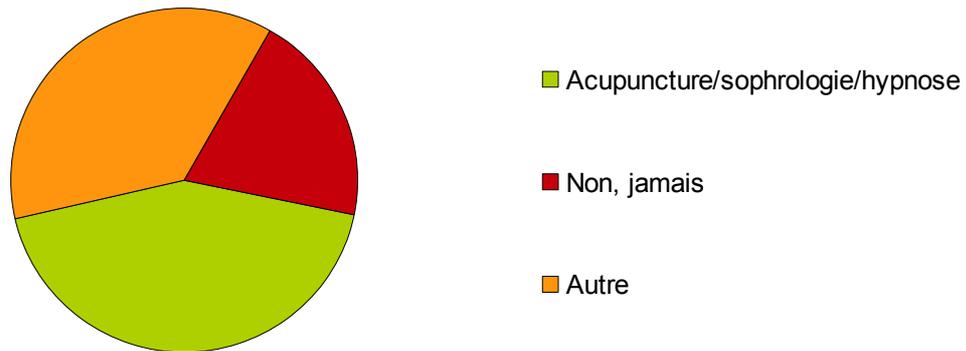
Plus de la moitié des sages-femmes veulent connaître le niveau de douleur de leur patiente pour agir au mieux. Cela semble corroborer notre hypothèse de départ, qui était que les sages-femmes recherchent des signes indirects permettant d'évaluer le vécu de la douleur (regard, signes de panique,...).

Seulement 1/4 des sages-femmes proposent dans tous les cas une analgésie, une proportion inférieure à ce que nous pensions. Nous analysons plus loin si les sages-femmes prennent ou non en charge de façon comparable la douleur d'une femme de culture Européenne Occidentale et celle d'une femme de culture différente.

Pour aller plus loin, nous sommes allés chercher si les 18 sages-femmes qui proposent en première intention "dans tous les cas une analgésie", savent comment est perçue la péridurale en fonction des cultures. Seulement deux d'entre elles (11%) ont répondu "je ne sais pas", les autres (89%) ont répondu de façon comparable à ce qui est décrit dans la littérature. Le fait de prendre en charge de la même façon la douleur des patientes de cultures différentes ne veut donc pas forcément dire que les sages-femmes ne connaissent pas les attentes des femmes face à la douleur.

## II.2.6) D'autres alternatives pour apaiser la douleur:

Nous leur avons demandé si elles proposaient des alternatives pour apaiser la douleur de leur patiente lorsque celle-ci ne souhaitait pas d'analgésie péridurale.



***Graphique 13: Réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant la proposition d'alternatives à la péridurale pour apaiser la douleur***

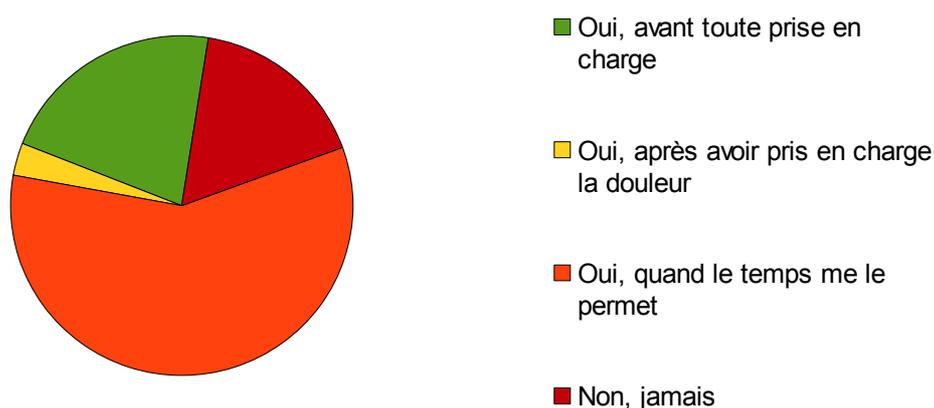
41 sages-femmes sur 75, soit plus de la moitié, proposent des solutions antalgiques alternatives (comme l'acupuncture, la sophrologie ou l'hypnose) pour apaiser la douleur de leur patiente lorsque celle-ci ne souhaite pas de péridurale.

34 sages-femmes, soit la moitié des sages-femmes de notre étude, nous ont fait part d'autres solutions qu'elles pouvaient utiliser, qui sont le protoxyde d'azote, l'haptonomie, l'auriculothérapie, l'homéopathie, l'utilisation du ballon, les massages, la relaxation, prendre un bain, marcher, les exercices de respiration, rester avec la patiente, discuter, l'encourager...

Ces réponses coroborent notre hypothèse de départ qui était que les sages-femmes proposent des alternatives à la péridurale pour apaiser la douleur de ces femmes et les aider à la gérer dans de meilleures conditions. Nous verrons en troisième partie si cette proposition de la sage-femme est influencée ou non par la culture de la patiente.

## II.2.7) Le temps d'identification de la culture de la patiente:

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles prenaient toujours le temps d'identifier la culture dominante chez leur patiente.



***Graphique 14: Réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant le temps d'identification de la culture de la patiente par la sage-femme***

Seulement 11 professionnels sur 75 (15%) ne prennent pas le temps d'identifier la culture de leur patiente. Le reste des sages-femmes le font avant (19%) ou après (3%) avoir pris en charge la douleur ou seulement quand le temps leur permet de le faire (51%).

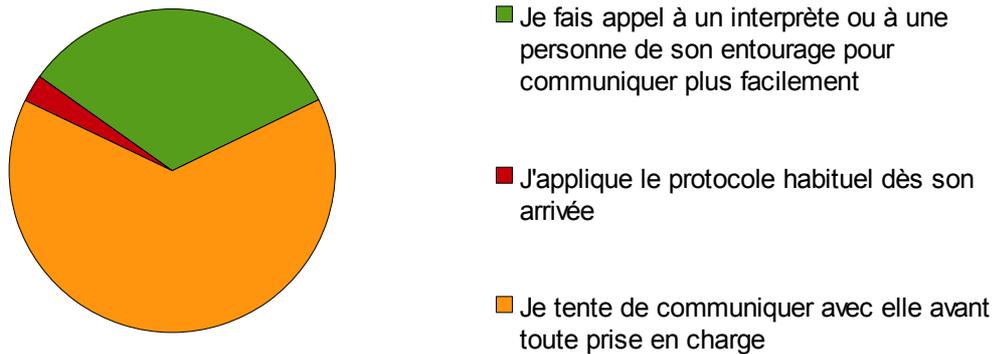
Cela invalide donc notre hypothèse de départ qui était que les sages-femmes ne prennent pas toujours le temps d'identifier la culture dominante qui prévaut pour ces femmes.

Nous remarquons également que 38 sages-femmes, soit plus de la moitié, identifient la culture dominante de leur patiente seulement lorsque le temps leur permet de le faire.

Cela est en cohérence avec notre hypothèse que certaines conditions de travail (charge importante, travail de nuit...) sont une entrave à la prise en compte de la culture d'origine. Nous réfléchissons à la deuxième partie de cette hypothèse, sur les conditions de relation dûes à la barrière de la langue aux prochains points.

## II.2.8) La conduite à tenir de la sage-femme lorsque la patiente ne parle pas français:

Nous leur avons demandé comment elles agissaient lorsque leur patiente ne parlait pas français.



*Graphique 15: Réponses des sages-femmes interrogées (n=75) concernant leur conduite à tenir lorsque la patiente ne parle pas français*

47 sages-femmes sur 75, soit 63%, tentent de communiquer avec la patiente avant toute prise en charge et 24 sages-femmes (32%) font appel à un interprète ou à une personne de l'entourage pour communiquer avec la patiente. Ces résultats valident deux hypothèses que nous avons au départ : (1) les sages-femmes sont plus présentes et laissent place à la parole ou vont se faire accompagner par une personne proche de la femme pour contourner la barrière de la langue; (2) les sages-femmes communiquent souvent avec la patiente (malgré la barrière de la langue) et tentent de comprendre au mieux ses attentes pour améliorer la prise en charge.

En revanche, ces résultats invalident la deuxième partie d'une de nos hypothèses (vue ci-dessus) qui était que les conditions de relation dues à la barrière de la langue sont une entrave à la prise en compte de la culture d'origine. La majorité des sages-femmes tentent de communiquer avec leur patiente ne parlant pas français avant toute prise en charge.

Nos résultats montrent que plus de la moitié des sages-femmes de notre étude tentent de communiquer avec leur patiente avant toute prise en charge et font en sorte que la patiente exprime son niveau de douleur pour agir en fonction. Nous observons également que la majorité des sages-femmes de notre enquête prennent le temps d'identifier la culture dominante de la patiente (surtout quand le temps le leur permet) et proposent des alternatives pour apaiser la douleur de ces femmes et les aider à la gérer dans de meilleures conditions et en respectant peut-être plus leur culture, lorsqu'elles ne souhaitent pas de péridurale.

Tous ces éléments vont invalider notre hypothèse de départ qui était que les sages-femmes prennent en charge la douleur de la même façon d'une femme de culture Européenne Occidentale que celle d'une femme de culture différente.

Grâce au recueil de ces résultats nous pouvons également valider l'hypothèse que les sages-femmes recherchent des signes indirects permettant d'évaluer le vécu de la douleur (regard, signes de panique,...) car elles essayent de faire en sorte que la patiente exprime son niveau de douleur pour agir en fonction et elles tentent, dans leur grande majorité, de communiquer avec elle avant toute prise en charge.

## Troisième partie:

### I/ Points forts:

Nous avons considéré que dans une société de plus en plus multi-culturelle et métissée, il était intéressant d'aborder une réflexion sur l'impact de la qualité des soins délivrés par les sages-femmes en salle d'accouchement en fonction de leur prise en compte ou non de la culture d'origine de leurs patientes, et de l'impact de ces différences culturelles sur le comportement face à la douleur de ces dernières.

Nous avons eu la chance de travailler en collaboration étroite avec une anthropologue, Claudie Lallemand, infirmière puéricultrice de formation, passionnée par la question des différences interculturelles. Madame Lallemand est actuellement en charge de l'association Migration Santé Rhône Alpes. Les objectifs de cette association sont de "contribuer à la protection et à la promotion de la santé des migrants et de leurs familles dans le respect de leur autonomie et de leurs droits à l'accès aux soins". Madame Lallemand donne également des cours auprès des étudiants des écoles professionnelles de la santé (école de sages-femmes) et intervient dans la formation professionnelle continue (hôpitaux, PMI, service médical des prisons....).

Notre travail porte sur un questionnement actuel qui touche directement les sages-femmes. Elles ont semblé très intéressées par le sujet que nous leur avons proposé par l'intermédiaire de notre questionnaire.

La méthodologie retenue dans ce travail nous a permis de confronter les connaissances théoriques sur les spécificités comportementales des femmes en fonction de leur culture au moment de l'accouchement, avec les connaissances, les comportements et les pratiques des sages-femmes face à ces différences culturelles.

Il a été intéressant de noter que 75% des sages-femmes interrogées ont exprimé le souhait d'une formation spécifique sur ce thème.

Enfin, nous avons pu observer que l'origine culturelle des patientes n'était pas forcément directement liée à des comportements stéréotypés, en cohérence avec le métissage actuel des populations et des cultures.

## II/ Biais et limites:

Le biais de notre travail est que notre étude est déclarative. Les sages-femmes se fient à leur pratique réelle pour répondre, mais potentiellement aussi à leur idéal de prise en charge.

Par ailleurs, nous nous sommes rapidement heurté à la difficulté de définir ce que recouvre la notion de "culture". Comme le mentionne le Dr Mohamed Salah Ben Ammas, ancien ministre de la Santé tunisien, "ne sommes-nous pas en tant qu'individus, tellement différents que la notion de culture commune n'a aucun sens?". Pour notre travail, nous avons considéré que la définition de culture reposait essentiellement sur la langue principale, et l'existence d'une vie familiale et de traditions partagées et encore ancrées géographiquement. Forcément limitée et insuffisante, cette définition nous a néanmoins servi de base de travail pour analyser les informations recueillies.

Une autre difficulté de notre travail a été de toujours faire attention à dépasser cette "fixité culturelle" dont parle Marie Rose Moro, les stéréotypes et les représentations que l'on peut faire facilement. Chaque personne est différente et unique à la fois.

Quelques sages-femmes de notre étude l'ont également noté en commentaires, nous mettant en garde de ne pas tomber dans les amalgames et les a priori. Elles ont pu faire remarquer qu'elles trouvaient notre questionnaire parfois "trop tendencieux" et donc qu'il était difficile de répondre à toutes les questions comme elles le souhaitaient. Ces remarques soulignent la difficulté de définir le périmètre précis de la notion de culture, et mettent aussi en lumière que l'on aborde parfois un problème éthique. A cet égard, une autre limite de ce travail est l'absence de confrontation entre ce que pensent les sages-femmes de l'opinion des patientes et l'opinion réelle de ces dernières. Il s'agit néanmoins d'un sujet différent, qui aurait nécessité une autre méthodologie de recueil des informations et qui sort donc du cadre de ce travail.

Une autre limite de ce travail est que notre échantillon de professionnels n'est pas représentatif de la population générale des sages-femmes françaises. D'une part, il est en nombre limité (n=75) et d'autre part, les sages-femmes interrogées travaillent dans la troisième plus grande ville française, avec une patientèle d'horizons probablement plus variés que la moyenne française. Notre échantillon d'étude ne saurait donc représenter à lui seul la variété des professionnels exerçant en France, et en Europe Occidentale.

### III/ Discussion:

Nous nous sommes intéressé dans ce travail à la prise en charge par les sages-femmes de la douleur des femmes de cultures différentes en salle d'accouchement. Nous avons pu récolter des données théoriques sur les différences interculturelles. Il en ressort des traits généraux spécifiques à chaque culture mais également des points qui rassemblent. En effet chaque femme baigne dans un environnement où se mêlent des traditions et des valeurs familiales qui lui sont propres, mais nous trouvons finalement toujours un socle de comportements communs.

Puis nous avons questionné les sages-femmes sur leur prise en charge de la douleur en salle d'accouchement de ces femmes de cultures différentes. L'analyse de leurs réponses nous a permis de tester la validité de nos hypothèses de départ.

Nous allons maintenant pouvoir relier ces deux parties et en discuter.

#### III.1) La variation culturelle est-elle une préoccupation des professionnels de la salle de naissance pour la prise en charge de leurs patientes?

La France est depuis longtemps une terre d'immigration et l'arrivée de populations d'origine culturelles diverses en est l'une des conséquences. En témoigne le fait que 10% des sages-femmes que nous avons interrogées se rattachent spontanément dans notre enquête à une culture autre que celle d'Europe Occidentale. L'autre constat issu de notre enquête est que la très grande majorité des sages-femmes interrogées signalent prendre en charge des patientes de cultures différentes en salle de naissance. Il nous a donc paru légitime de nous demander si

elles prenaient toujours le temps d'identifier la culture de leur patiente.

### III.1.1) La culture est-elle identifiée systématiquement?

Nous avons observé dans notre enquête que moins d'une sage-femme sur cinq prenait le temps d'identifier la culture de sa patiente, au préalable à toute prise en charge, en particulier de la douleur. Identifier une culture différente de la nôtre n'apparaît donc pas comme une démarche prioritaire. Néanmoins, dans près de 3/4 des cas, ce temps d'identification culturelle de la patiente est pris à un moment ou à un autre de l'hospitalisation (avant ou après la prise en charge de la douleur, ou quand le temps le permet). Ce souci d'identification de la culture des patientes à un moment donné apparaît donc bien comme un élément important de la prise en charge de la majorité des sages-femmes. Il nous reste à discuter l'impact de cette identification sur la prise en charge elle-même.

### III.1.2) Le lien est-il fait entre la culture et la prise en charge et le vécu de la douleur?

Les sages-femmes interrogées trouvent qu'il est important de connaître au mieux la patiente pour permettre une prise en charge globale au plus près de ses attentes, lorsque l'emploi du temps le permet, en identifiant sa culture dominante.

En effet, nous avons remarqué que les sages-femmes étaient attentives aux réactions de ces patientes et s'adaptaient le plus possible à leurs besoins. A titre d'exemple, une sage-femme nous a précisé qu'elle ne prenait pas en charge la patiente en fonction de sa culture mais en fonction de ses attentes et de ses réactions.

Nous pouvons rappeler le fait que dans le cadre d'un service de salle de naissance les sages-femmes sont fréquemment confrontées à des situations d'urgence voire d'extrême urgence. C'est donc leur devoir d'agir par priorités. La préservation de la santé de la maman et du bébé sont, dans ces situations extrêmes, bien évidemment la priorité absolue. Lorsque cet aspect est sous contrôle, la sage-femme pourra se permettre de prendre en charge la femme dans sa

globalité. Cela va être différent si la sage-femme travaille en service de maternité, par exemple, où nous retrouvons peu de situations d'urgence. Cela étant dit, nous pouvons préciser que peu de femmes mettent leur douleur en priorité sur une urgence vitale. Il n'y a donc pas de divergence de souhait entre les femmes et les sages-femmes sur ce point, en fonction des cultures.

Prendre en charge une patiente en respectant au mieux sa culture et en étant au plus proche de ses attentes, veut peut-être dire, dévier un peu des automatismes de prise en charge que le professionnel a l'habitude d'utiliser. Si la sage-femme n'est pas à l'aise dans la prise en charge médicale, elle ne pourra pas intégrer les composantes psychologiques, familiales et culturelles à sa prise en charge.

En fonction des cultures, les femmes ne sont pas forcément autorisées à manifester leur douleur, leurs attentes et leurs revendications. Grâce à nos recherches théoriques, nous pouvons maintenant relier plus particulièrement cette phrase aux cultures d'Asie du Sud-Est et d'Afrique Noire. Les sages-femmes peuvent donc être confrontées à des femmes exprimant peu leur douleur, voire pas du tout ou différemment de notre culture occidentale. L'identification de la culture s'avère être un élément intéressant pour adapter la prise en charge.

### III.1.3) N'y a-t-il pas une tendance naturelle à faire "comme pour nous"?

Naturellement, une sage-femme travaillant en France ou en Europe Occidentale va être amenée à se plier à certaines règles et protocoles très cadrés (règles d'asepsie, protocoles d'obstétrique). Ces règles, qui reposent sur des principes scientifiques et médicaux, nous paraissent évidentes en Europe Occidentale, mais pourraient parfois heurter certaines patientes issues de cultures où les pratiques médicales sont différentes.

Lorsque nous faisons l'impasse sur la culture de la patiente, il est possible que nous agissions sans connaître ses peurs, ses réticences ou ses a priori, en agissant comme pour nous même (avec nos propres repères culturels). En l'absence de repères culturels sûrs, le soignant va agir

avec ses propres références. Il y a souvent là une volonté de bienveillance, même si ce n'est pas forcément d'une efficacité optimale. En effet, il peut y avoir des décalages qui génèrent des incompréhensions de part et d'autre.

En revanche, la prise en charge peut être non-optimale lorsque la sage-femme prend le temps d'identifier la culture de la patiente mais qu'elle n'a pas, pour autant, les données anthropologiques sur la culture en question. Cela nous ramène à notre questionnement ci-dessus, sur le fait de prendre en charge la patiente avec nos propres repères culturels. Il est donc important de considérer les facteurs qui facilitent la prise en charge des femmes d'autres cultures, comme la formation et l'expérience du soignant.

### III.2) Quels sont les facteurs facilitant ou entravant la prise en compte de la douleur des femmes d'autres cultures, par les soignants?

#### III.2.1) La connaissance du soignant:

##### III.2.1.1) Par ses formations et expériences:

La mise en place de cours d'anthropologie pendant les études de maïeutique permet aux futurs professionnels d'acquérir les connaissances nécessaires pour une prise en charge adaptée des femmes de cultures différentes et une ouverture d'esprit sur la question. Cela peut également les inciter à continuer leur formation sur le sujet par la suite.

Les réponses des sages-femmes de notre étude révèlent qu'une grande majorité d'entre elles n'ont jamais eu l'occasion d'assister à une formation (après l'acquisition du diplôme) sur le sujet mais que cela les intéresserait. Il faut pour cela, être motivé et intéressé par le sujet, et prendre le temps d'y participer, à côté du temps de travail qui est déjà très prenant et fatigant. Nous comprenons donc qu'il est difficile pour toutes les sages-femmes d'y participer. D'autant plus que l'offre de formation est riche et variée. De plus, les nécessités individuelles de maintien et d'accroissement des connaissances peuvent présenter d'autres priorités que l'anthropologie.

D'être formé sur les différences interculturelles serait une des clés pour une meilleure prise en charge des femmes de cultures différentes.

Nous nous demandons donc ce qui motive les sages-femmes à se former. Nous avons pu constater que le fait d'avoir fait ou non un stage ou d'avoir travaillé à l'étranger n'avait pas d'influence sur le fait d'effectuer une formation sur la question de l'interculturalité par la suite. C'est peut-être le fait de rencontrer souvent ces femmes et de vivre des expériences particulières avec elles, de ne pas savoir comment agir, comment se comporter, comment comprendre les réactions de la patiente, qui incite les sages-femmes à accroître leurs connaissances.

Deux observations nous ont interpellé.

Nous avons observé que parmi les sages-femmes qui répondaient au moins une fois "je ne sais pas" aux questions posées, la moitié d'entre elles, voire plus (jusqu'à 54%), avaient déjà assisté à au moins une formation sur le sujet. Cela interroge sur la difficulté à intégrer ces notions culturelles, sans doute du fait de leur variété et de leur complexité. D'après un proverbe chinois de Confucius : "Ce que j'entends, je l'oublie, ce que je vois, je m'en souviens, ce que je fais, je le sais", montre bien qu'il faut pratiquer pour pouvoir s'en souvenir.

Nous avons également observé que les sages-femmes ayant travaillé à l'étranger souhaitaient plus se former sur la question d'interculturalité que les autres. Nous en déduisons donc une ouverture d'esprit de ces dernières, sur les différentes cultures (qu'elles devaient sûrement déjà avoir avant de partir). Nous pouvons également penser que le travail à l'étranger leur a montré toute la complexité de la connaissance culturelle. Cette expérience doit aussi faire prendre conscience que nous avons de nombreux préjugés et qu'il y a du chemin avant de bien connaître les cultures les plus courantes, sans parler des autres. Pour autant, ce sont les sages-femmes n'ayant jamais été à l'étranger qui ont le plus fréquemment assisté à des formations en anthropologie. Peut-être parce que celles ayant été à l'étranger pensent avoir en bagage l'expérience suffisante pour réussir à prendre en charge leurs patientes de cultures différentes. Ou à l'inverse, les sages-femmes n'ayant pas été à l'étranger ressentent des lacunes lorsqu'elles prennent en charge ces patientes et éprouvent le besoin de se former plus que les autres.

Revenons maintenant à l'hypothèse que nous avons laissé en suspens, qui était que les sages-femmes qui effectuent des stages ou travaillent à l'étranger leur permettent, par la suite, une meilleure prise en charge de leurs patientes de cultures différentes. Nous avons tenté de savoir si ces sages-femmes ont de bonnes connaissances sur les différences interculturelles que nous pouvons trouver en salle d'accouchement. Il nous a été difficile de répondre. En effet, par nos questions nous avons traité différents sujets pour pouvoir analyser leurs connaissances. Nous y observons forcément des lacunes sur différents points en fonction des professionnels. Mais en règle générale nous observons que beaucoup de sages-femmes ont répondu "je ne sais pas" à de nombreuses questions. Cela montre un certain manque de connaissances et/ou d'expériences sur le sujet. Le fait de participer à un stage à l'étranger et/ou d'y travailler ne semble donc pas permettre forcément une meilleure prise en charge, par la suite, des patientes de cultures différentes.

Nous avons pu voir en deuxième partie que les professionnels sont constamment confrontés à la question de l'interculturalité durant leurs gardes en salle d'accouchement. Mais nous savons également qu'une majorité des sages-femmes de notre étude n'ont jamais eu de formation sur la question. Prenons en compte que 43% des sages-femmes de mon étude ont 10 ans de métier derrière elles. Il est tout de même probable qu'en étant constamment face à ces différences de comportements entre les cultures, les sages-femmes expérimentées parviennent à être à l'aise dans la prise en charge de ces femmes, malgré l'absence de formation. Ce qui corrobore donc notre hypothèse de départ. Cela permet de penser que ces sages-femmes seront plus habituées à rencontrer les coutumes, les besoins et les attentes spécifiques de ces patientes mais cela ne prouve pas pour autant qu'une prise en charge plus adaptée sera mise en place.

Cela soulève un problème. Si la sage-femme n'a pas pu avoir de formation sur les différences interculturelles mais qu'elle prend en charge assez fréquemment des femmes de cultures différentes, nous pouvons nous demander si elle est véritablement à l'aise dans ses prises en charge et si oui, n'est-ce pas un faux confort, conduisant potentiellement à des comportements non-optimaux.

Au final, il reste notable que le comportement de la majorité des sages-femmes reste caractérisé par l'empathie envers leur patiente, ce qui est tout de même déterminant dans une prise en charge globale. Par ailleurs, l'esprit d'équipe est souvent déterminant pour entretenir en permanence les échanges au sein des équipes soignantes afin de trouver des occasions de confrontation des expériences.

### III.2.1.2) Connaissances en anthropologie:

Notre enquête a fait ressortir qu'il était possible que certaines sages-femmes ne disposent pas des données anthropologiques sur les variations du vécu de la douleur dans chaque culture. En effet, un manque de connaissances a été noté surtout concernant l'expression de la douleur en salle d'accouchement chez les femmes d'Asie du Sud-Est, d'Europe de l'Est et d'Afrique Noire. Nous pouvons supposer que cela est dû à un manque d'expérience professionnelle vis-à-vis de ces cultures. Nous remarquons en effet que les items de notre questionnaire concernant les cultures d'Europe Occidentale et du Maghreb sont plus souvent renseignés que pour les autres. Il est vrai que les trois autres cultures sont moins fréquemment rencontrées dans nos maternités (surtout celles d'Asie du Sud-Est et d'Europe de l'Est) et que les comportements des femmes face à la douleur y sont notablement différents de ceux d'Europe Occidentale. Il ne sera donc pas forcément spontané pour les sages-femmes de respecter les usages issus des traditions de la culture de la patiente.

D'après les données anthropologiques que nous avons recueillies dans notre enquête bibliographique, nous constatons que les sages-femmes interrogées ont globalement bien répondu aux questions relatives aux spécificités culturelles de l'expression de la douleur. Une réserve peut être formulée concernant l'accompagnement des femmes d'Asie du Sud-Est: les sages-femmes ont sélectionné en majorité qu'un accompagnement par le mari était préféré, alors qu'il est plutôt décrit dans la littérature un accompagnement très féminin des mamans. Concernant la question de l'importance du toucher entre le soignant et la patiente dans la culture d'Asie du Sud-Est, les sages-femmes ont décrit un geste "impudique", alors qu'il est mentionné dans la littérature que le contact cutané est associé à un acte qui peut porter malheur. Nous pouvons néanmoins noter que la nuance négative du toucher pour les femmes

asiatiques était bien identifiée par les sages-femmes.

Des hésitations dans les réponses montrent des incertitudes des sages-femmes: elles n'ont pas réussi à se départager dans leurs réponses pour certaines cultures (Afrique Noire, Asie du Sud-Est et Europe de l'Est). Cela pourrait venir du fait que chaque sage-femme a vécu des expériences différentes avec ces femmes, car rappelons le, chaque situation est particulière et chaque femme est unique. Il est envisageable qu'il n'existe pas de comportement unique et dominant des femmes de chaque culture face à la douleur. La femme migrante peut parfois se laisser porter par les professionnels sans rien exprimer, pour cacher sa peur de la médicalisation (ou sur médicalisation) qui lui est imposée, la tristesse d'être loin de ses proches et de ne pas pouvoir comprendre tout ce qu'il se dit ou se passe. Elle peut également être influencée à la fois par sa culture d'origine et par son pays d'adoption. Cette position est parfois complexe pour la femme elle-même qui cherche ses repères dans les deux cultures. Il est donc encore plus difficile pour le soignant de s'y retrouver dans ce panachage culturel. Nous pouvons également retrouver des variabilités intra-culturelles. En effet, nous avons pu observer en première partie des "traits généraux" dans chaque culture, mais n'oublions jamais que toutes les femmes sont différentes, dans une même culture nous pouvons retrouver tous les comportements résultant de la biodiversité humaine actuelle.

La remarque d'une sage-femme nous a interpellé: Elle a préféré parfois répondre "je ne sais pas" en réponses à nos questions car "mettre une étiquette" lui paraissait "un peu réducteur pour les patientes qui sont avant tout des personnes bien différentes". Cela nous mène à penser que certaines réponses ne sont pas liées à un manque de connaissance mais seulement à une difficulté à répondre "dans nos cases".

En exemple pour illustrer les propos de la sage-femme, nos recherches bibliographiques suggèrent que dans la culture du Maghreb la péridurale est plutôt crainte. Nous savons qu'une grande partie de la population maghrébine est de religion musulmane. Or, paradoxalement dans la religion musulmane, il est dit que Dieu a donné à l'homme les moyens de combattre la douleur. Ceci pourrait suggérer que la péridurale est bienvenue. Dans une même culture nous pouvons donc retrouver différentes façons de penser et d'agir. Hériter d'une culture ne signifie pas automatiquement avoir un avis strict sur ces questions.

### III.2.2) Impact de la communication sur la qualité de la prise en charge en salle d'accouchement:

Notre enquête a montré que deux sages-femmes sur trois s'efforcent de communiquer avec la patiente malgré la barrière de la langue dès le début de la prise en charge. A défaut, une sur trois fait appel soit à un interprète soit à une personne de son entourage pour faciliter la communication avec la patiente. En effet, la communication est l'un des points essentiels pour permettre une prise en charge la plus adaptée aux attentes de la patiente. Une sage-femme nous a précisé que "c'est de communiquer avec la patiente qui nous apportera le plus d'informations (communication verbale et non verbale)".

La question que nous nous posons ici est, comment faire lorsque la communication est rendue difficile entre la sage-femme et la patiente par la barrière de la langue (ni traducteur, ni accompagnant pour faire le lien, communication par gestes se révélant inefficace...)? Si la sage-femme n'arrive pas à comprendre les attentes et les besoins de la patiente, elle va devoir agir autrement. Cela nous ramène au même questionnement que précédemment (elle va agir au hasard ou en se servant de ses connaissances si elle a, ou encore avec ses propres repères culturels).

Les sages-femmes tentent habituellement de mettre une note à la douleur de leur patiente (EVA), mais ceci est plus compliqué quand la personne ne parle pas français. Par ailleurs, cette évaluation sera plus compliquée lorsque l'expression de la douleur est limitée du fait de la culture de la femme (par exemple avec la culture d'Asie du Sud-Est).

Face à une difficulté de communication, la recherche de signes indirects de la douleur peut permettre d'évaluer son vécu par la patiente.

Sept familles d'émotions partagent une "expression faciale universelle": quelle que soit sa culture d'origine, chaque individu exprime cette émotion de la même manière sur son visage et est capable de reconnaître et d'interpréter cette émotion chez l'autre. Les sept émotions sont le bonheur, la tristesse, la colère, le dégoût, la peur, la surprise et le mépris. Par cette communication non-verbale, les sages-femmes peuvent reconnaître des émotions chez leur patiente afin de les comprendre et d'adapter leur prise en charge.

Une sage-femme nous a précisé avec raison que "nous ne sommes pas si différents quand la

douleur devient insupportable". Si l'expression de la douleur peut varier en fonction des cultures quand elle est modérée, il est vrai qu'une douleur intense génère probablement les mêmes manifestations émotionnelles chez tout individu.

Au total, la communication soignant-soigné demeure une étape clé pour les sages-femmes de notre enquête, quel qu'en soit le mode. La qualité de cette communication est dépendante néanmoins d'autres paramètres comme les conditions de travail.

### III.2.3) Impact des conditions de travail sur la prise en charge de la douleur en salle d'accouchement:

Certaines conditions de travail ou conditions de relation (barrière de la langue) sont une entrave à la prise en compte de la culture d'origine. Les sages-femmes travaillent de jour ou de nuit, en douze heures le plus souvent. Nous pouvons penser que lorsqu'elles en seront à leur deuxième nuit de travail par exemple, elles privilégieront la prise en charge strictement médicale au détriment d'une recherche approfondie systématique des origines culturelles.

Comme nous l'avons précisé précédemment, les sages-femmes de notre enquête travaillent en service de salle d'accouchement, service d'urgence par définition. Ceci implique une charge de travail parfois très importante. Les sages-femmes ont parfois le devoir de prendre en charge plusieurs parturientes en même temps, ce qui réduit le temps qu'elles passent auprès de chacune. Elles ne pourront donc pas forcément, faute de temps, prendre en charge la patiente en respectant les traditions culturelles de celle-ci.

Nous avons reçu un commentaire d'une sage-femme que nous pensons intéressant à mettre en lumière dans notre travail. Celle-ci nous a précisé que dans certains hôpitaux, les soignants prennent en charge en grande partie des patientes ne parlant pas français, venant souvent consulter sans dossier. Face à cela, les soignants peuvent se décourager et se déclarer parfois "fatigués et usés de ce genre de patiente". Cette sage-femme évoquait la possibilité que certains professionnels puissent par la suite faire des amalgames un peu trop rapides. La prise

en charge de ces patientes demande du temps et de la concentration. Le professionnel va peut être, de manière arbitraire, les catégoriser comme des "femmes problématiques". L'objectivité des réponses de ces professionnels à un questionnaire du type que nous avons utilisé dans notre enquête, peut donc être altérée par cette difficulté rencontrée au quotidien.

Les conditions de travail peuvent donc parfois influencer de façon négative la prise en charge des soignants notamment dans les situations critiques avec les patientes d'origine étrangère ne parlant pas français, qui requièrent clairement à la sage-femme un investissement en temps supérieur.

#### III.2.4) Les protocoles qui sont adaptés à un niveau de soin et d'exigences occidentales, ainsi qu'à nos habitudes:

La femme migrante peut être confrontée, en salle d'accouchement, à des situations inhabituelles par rapport à son environnement de départ (les locaux, les machines auxquelles elle est reliée, les sons qui en sortent, les différents instruments utilisés, les médicaments que nous lui administrons...). Cela peut engendrer, chez elle, de la peur. Il est du devoir de la sage-femme de créer un climat de confiance entre elle et la patiente, de la rassurer et de tenter de lui faire comprendre ce qui se passe autour d'elle.

Dans notre culture occidentale, l'analgésie péridurale va être proposée assez rapidement aux femmes pendant le travail. Nous pouvons nous demander pourquoi. Tout d'abord parce que la péridurale est perçue positivement par la patiente européenne occidentale (selon notre enquête) et qu'elle est considérée le plus souvent comme rassurante et préférable à l'absence d'anesthésie.

Face à la douleur de l'autre, le soignant peut être en difficulté, il peut ressentir de l'impuissance, ne pas savoir comment agir... La solution va peut être être de nier, de soulager à tout prix, d'écouter ou d'accompagner les patientes.

Nous pouvons de fait nous demander s'il ne serait pas également rassurant pour la sage-femme de conduire un travail et un accouchement sous péridurale lorsque la communication avec la patiente est rendue difficile par la barrière de la langue. C'est peut-être une façon pour

le soignant, d'aseptiser la douleur et de simplifier sa prise en charge. Mais ce n'est pas forcément mis en place de manière consciente par les professionnels. Cette question n'ayant cependant pas été posée directement dans notre enquête, nous ne pouvons nous prononcer sur ce point.

Les études publiées montrent qu'en dehors de l'Europe Occidentale (hormis sur le continent américain non étudié dans notre travail), cette méthode d'analgésie est, au contraire, peu usuelle. Les raisons retrouvées dans notre enquête sont soit la peur de complications ou de paralysies dans les cultures d'Asie du Sud-Est ou d'Afrique Noire, soit le souci de dignité dans la culture du Maghreb (où il semble être du devoir de la femme d'accoucher dans la douleur). Une sage-femme nous a fait part d'une de ses expériences aux Antilles, sur la crainte de cette analgésie. La patiente qu'elle suivait lui a confié ne pas vouloir de péridurale car "la douleur qu'on n'a pas eu à l'accouchement, on l'aura après". Chaque femme a donc ses propres a priori sur cette méthode. Il est donc intéressant qu'en présence de femmes de culture non européenne occidentale, la sage-femme puisse proposer des alternatives à la péridurale, pour aider la patiente à gérer sa douleur en respectant ses références culturelles.

Le niveau socio-économique peut également être un frein à l'obtention de la péridurale dans certains pays. Nous avons pu constater en Asie par exemple (stage personnel à Ho Chi Minh Ville, Vietnam) que les femmes aisées financièrement avaient accès facilement à la péridurale et étaient accouchées par un médecin, tandis que les femmes aux ressources plus modestes accouchaient toujours sans analgésie et avec une sage-femme.

## Conclusion:

Il est important, en tant que soignant, d'accueillir notre patiente dans sa globalité et de la façon la plus respectueuse possible. Cela implique la prise en considération des différences culturelles dans nos prises en charges en salle de naissance.

Comme nous avons pu constater, d'une culture à une autre, des différences dans le vécu et l'expression de la douleur pendant le travail et l'accouchement peuvent être observées. Il est également primordial de préciser que nous ne pouvons pas faire de généralités sur la façon dont se comporte chaque femme à son accouchement, cela restera toujours une expérience personnelle et propre à chacune. Ce mémoire nous a permis d'évoquer toute la complexité du vécu de la douleur à travers les différentes cultures.

Notre sentiment personnel est que toute société tire une grande richesse de sa diversité culturelle, même si elle nécessite un investissement des professionnels pour parfois s'adapter à des référentiels de comportements différents des nôtres. Comme le dit Madame Mabe, anthropologue au CMSSM (Colloque Migration Santé en Santé Mentale), "chaque trait culturel est comme une pièce de puzzle, il participe à une totalité de sens, une philosophie de l'existence, une certaine vision du monde. Ce qu'il importe de saisir en matière de culture ce sont des articulations, un système, et non pas seulement des éléments isolés."

## Bibliographie:

- 1) *Douleurs et Cultures ou les Voix de la Douleur*, Mohamed Salah Ben AMMAR, CHU Mongi Slim – La MARSA  
<http://www.stmi.org.tn/docs/VIII%20congres/douleur/HTML/douleuretcult.htm>
- 2) *Les représentations culturelles de la douleur au Bénin ont-elles un rôle dans son ressenti, dans son expression, dans son soulagement ?* Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, par Mademoiselle Lucie LALLEMAN  
<http://www.uraca.org/download/theses/lucie-lalleman-these-medecine-20141001-VF.pdf>
- 3) *La perception de la douleur*, Anthropologie de la douleur  
<http://nicolas.robin.chez-alice.fr/page2/page5/page5.html>
- 4) *Accompagner les patients de cultures différentes*, La revue de référence aide-soignante  
<https://www.mnh.fr/telechargement/AS-TAP2010.pdf>
- 5) *Rites et cultures des femmes d'origine chinoise en périnatalité, les difficultés rencontrées*, Mémoire fin d'étude de sage-femme,  
file:///C:/Users/Marine/Downloads/Marine\_rites%20et%20cultures%20chinoises%20en%20p--rinatalit--.pdf
- 6) *L'accouchement physiologique et la reconnaissance des différences*, de Raymonde Gagnon, Sage-femme au Québec  
file:///C:/Users/Marine/Downloads/Marine\_accouchement-physio-et-reconnaissance-des-differences.pdf
- 7) *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire*, Naissance et première enfance, de Pierre Erny, Edition L'Harmattan (p.114)

- 8) *Naissance et petite enfance dans les Andes Peruviennes*, Pratiques, rites, représentations, de Françoise Lestage, Préface Carmen Bernard, Edition L'Harmattan, Connaissance des hommes (p.82 à 84)
- 9) *Accoucher chez l'autre : aspects psychoculturels de la relation soignants/patientes autour des pratiques de santé maternelle* de Sophie Oliveau-Morel
- 10) *Cultures et soins infirmiers*, <http://www.malandrino.net/memoire/html/p3-2.html>
- 11) *Les Religions en Afrique*  
<http://www.africa-onweb.com/continent/religions-afrique.htm>
- 12) *La Bible*
- 13) *Pratiques de maternage*, Article de Liliana Ege Directrice de migrations-santé alsace, Le Furet (1992)
- 14) *Fécondité, Grossesse, Accouchement dans les sociétés négro-africaines, Quelques points de repères anthropologiques*, Article de B. Mabe (anthropologue au CMSSM)
- 15) *Naissance et migration*, Article Migration santé Alsace par Francine Bourdaire (surveillante sage-femme, CMCO schiltigheim)
- 16) *Le déroulement du travail chez la femme migrante originaire d'Afrique Noire*, Article de L. Ekoue (sage-femme)

- 17) *Maternités en exil, mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle* de Marie Rose Moro, Dominique Neuman, Isabelle Réal, Collection TRANSCULTURELLE, La pensée sauvage (p.19 et 20)
- 18) *Approche ethnopsychiatrique de la douleur*, de Catherine Grandsard (Docteur en Psychologie), <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/douleur.htm>

## Annexe:

### Questionnaire:

Titre du questionnaire: La prise en charge par les sages-femmes de la douleur en Salle de Naissances des femmes de cultures différentes.

### **A propos de vous:**

#### **1) Etes-vous? \*Obligatoire**

- une femme
- un homme

#### **2) Quel âge avez-vous? \*Obligatoire**

- Entre 23 et 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- 45 ans et plus

#### **3) Dans quel niveau hospitalier travaillez-vous? \*Obligatoire**

- Niveau 1
- Niveau 2A ou B
- Niveau 3

#### **4) A quelle(s) culture(s) (origine) vous rattachez-vous? \*Obligatoire**

- Afrique Noire
- Asie du Sud-Est
- Europe de l'Est
- Maghreb
- Europe Occidentale
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre :

#### **5) Si vous avez effectué un stage (ou plusieurs) à l'étranger durant vos études, merci d'en préciser le(s) lieu(x).**

#### **6) Que vous a-t-il apporté? (3 réponses maximum)**

- Une meilleure technique
- Une vision différente des prises en charge
- Une ouverture d'esprit sur notre métier
- Une ouverture d'esprit sur la culture
- Il ne m'a rien apporté
- Je ne sais pas
- Autre :

#### **7) Si vous avez déjà travaillé à l'étranger, merci d'en préciser le(s) lieu(x) et la durée.**

**8) Que cela vous-a-t-il apporté? (3 réponses maximum)**

- Une meilleure technique
- Une vision différente des prises en charge
- Une ouverture d'esprit sur notre métier
- Une ouverture d'esprit sur la culture
- Il ne m'a rien apporté
- Je ne sais pas
- Autre :

**9) Avez-vous eu pendant votre formation maïeutique des cours d'anthropologie sur les différences culturelles que l'on peut rencontrer? \*Obligatoire**

- Oui, plusieurs cours
- Oui, une seule fois
- Oui, en enseignement optionnel
- Non, jamais
- Je ne m'en rappelle plus
- Autre :

**10) Avez-vous déjà eu l'occasion d'assister à une formation sur les différences interculturelles après vos études? \*Obligatoire**

- Oui, j'y ai assisté
- Non, mais j'aimerais y assister
- Non, le sujet ne m'intéresse pas
- Autre :

**11) A quelle fréquence estimez-vous prendre en charge des femmes de cultures différentes? \*Obligatoire**

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Autre :

**A propos de vos expériences:**

**12) D'après vous, en fonction des cultures, à quel point une femme exprime sa douleur? \*Obligatoire**

Enormement   Modérément   Très peu   Pas du tout

Afrique Noire

Maghreb

Europe de l'Est

Asie du Sud-Est

Europe Occidentale

**13) Dans votre pratique, le fait qu'une femme n'exprime pas sa douleur vous incite: \*Obligatoire** (Une seule réponse possible)

- A respecter sa tranquillité apparente, autrement dit, mettre en place une prise en charge minimale de la douleur
- A proposer dans tous les cas une analgésie
- A faire en sorte qu'elle exprime son niveau de douleur pour agir en fonction
- A considérer qu'elle n'a pas mal
- Autre :

**14) Vous arrive-t-il de proposer d'autres alternatives pour apaiser la douleur de vos patientes? \*Obligatoire** (Plusieurs réponses possibles)

- Oui, l'acupuncture
- Oui, la sophrologie
- Oui, l'hypnose
- Non, jamais
- Autre :

**15) Prenez-vous toujours le temps d'identifier la culture dominante qui prévaut chez vos patientes? \*Obligatoire** (Une seule réponse possible)

- Oui, avant toute prise en charge
- Oui, après avoir pris en charge la douleur
- Oui, quand le temps me le permet
- Non, jamais
- Autre :

**16) Comment agissez-vous lorsque votre patiente ne parle pas français? \*Obligatoire** (Une seule réponse possible)

- Je fais appel à un interprète ou à une personne de son entourage pour communiquer plus facilement
- J'applique le protocole habituel dès son arrivée
- Je tente de communiquer avec elle avant toute prise en charge
- Autre :

**17) Pour vous, dans chaque culture, le cri (pré et per natal) est associé à:**

Dans la culture d'Afrique Noire:

- Faiblesse
- Angoisse
- Force/Motivation
- Incompréhension
- Peur
- Douleur
- Joie
- Colère
- Je ne sais pas
- Autre :

Dans la culture du Maghreb:

- Faiblesse
- Angoisse
- Force/Motivation
- Incompréhension
- Peur
- Douleur
- Joie
- Colère
- Je ne sais pas
- Autre :

Dans la culture d'Europe de l'Est:

- Faiblesse
- Angoisse
- Force/Motivation
- Incompréhension
- Peur
- Douleur
- Joie
- Colère
- Je ne sais pas
- Autre :

Dans la culture d'Asie du Sud-Est:

- Faiblesse
- Angoisse
- Force/Motivation
- Incompréhension
- Peur
- Douleur
- Joie
- Colère
- Je ne sais pas
- Autre :

Dans la culture d'Europe Occidentale:

- Faiblesse
- Angoisse
- Force/Motivation
- Incompréhension
- Peur
- Douleur

- Joie
- Colère
- Je ne sais pas
- Autre :

**18) D'après vous, en fonction des cultures, quel va être le comportement dominant des femmes face à la douleur: Obligatoire \***

Dans la culture d'Afrique Noire:

- Reste stoïque
- Bouge beaucoup
- Reste silencieuse
- Devient violente
- Chante
- Pleure
- Gémit
- Rigole
- Crie
- Parle, pose des questions
- Reste dans sa bulle, ne s'ouvre pas aux autres
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture du Maghreb:

- Reste stoïque
- Bouge beaucoup
- Reste silencieuse
- Devient violente
- Chante
- Pleure
- Gémit
- Rigole
- Crie
- Parle, pose des questions
- Reste dans sa bulle, ne s'ouvre pas aux autres
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe de l'Est:

- Reste stoïque
- Bouge beaucoup
- Reste silencieuse
- Devient violente
- Chante

- Pleure
- Gémit
- Rigole
- Crie
- Parle, pose des questions
- Reste dans sa bulle, ne s'ouvre pas aux autres
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Asie du Sud-Est:

- Reste stoïque
- Bouge beaucoup
- Reste silencieuse
- Devient violente
- Chante
- Pleure
- Gémit
- Rigole
- Crie
- Parle, pose des questions
- Reste dans sa bulle, ne s'ouvre pas aux autres
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe Occidentale:

- Reste stoïque
- Bouge beaucoup
- Reste silencieuse
- Devient violente
- Chante
- Pleure
- Gémit
- Rigole
- Crie
- Parle, pose des questions
- Reste dans sa bulle, ne s'ouvre pas aux autres
- Je ne sais pas
- Autre :

**19) D'après vous, en fonction des cultures, comment vont vouloir être accompagnées ces femmes?**

**\*Obligatoire**

Dans la culture d'Afrique Noire:

- Seule

- Par le mari/conjoint
- Par une femme de confiance
- Par un interprète, détaché de tout lien affectif
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture du Maghreb:

- Seule
- Par le mari/conjoint
- Par une femme de confiance
- Par un interprète, détaché de tout lien affectif
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe de l'Est:

- Seule
- Par le mari/conjoint
- Par une femme de confiance
- Par un interprète, détaché de tout lien affectif
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Asie du Sud-Est:

- Seule
- Par le mari/conjoint
- Par une femme de confiance
- Par un interprète, détaché de tout lien affectif
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe Occidentale:

- Seule
- Par le mari/conjoint
- Par une femme de confiance
- Par un interprète, détaché de tout lien affectif
- Je ne sais pas
- Autre :

**20) D'après vous, en fonction des cultures, comment le toucher (contact entre vous et la patiente) peut-il être perçu? \*Obligatoire**

Dans la culture d'Afrique Noire:

- Rassurant
- Porte malheur
- Impudique
- Encourageant

- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture du Maghreb:

- Rassurant
- Porte malheur
- Impudique
- Encourageant
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe de l'Est:

- Rassurant
- Porte malheur
- Impudique
- Encourageant
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Asie du Sud-Est:

- Rassurant
- Porte malheur
- Impudique
- Encourageant
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe Occidentale:

- Rassurant
- Porte malheur
- Impudique
- Encourageant
- Je ne sais pas
- Autre :

**21) D'après vous, en fonction des cultures, comment est perçue la péridurale? Et à quelle fréquence est-elle demandée? \*Obligatoire**

Dans la culture d'Afrique Noire:

- Préférable
- Inquiétante (peur de la paralysie...)
- Rassurante
- Compense le déracinement
- Souvent demandée
- Rarement demandée
- Je ne sais pas

- Autre :

\*Dans la culture du Maghreb:

- Préférable
- Inquiétante (peur de la paralysie...)
- Rassurante
- Compense le déracinement
- Souvent demandée
- Rarement demandée
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe de l'Est:

- Préférable
- Inquiétante (peur de la paralysie...)
- Rassurante
- Compense le déracinement
- Souvent demandée
- Rarement demandée
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Asie du Sud-Est:

- Préférable
- Inquiétante (peur de la paralysie...)
- Rassurante
- Compense le déracinement
- Souvent demandée
- Rarement demandée
- Je ne sais pas
- Autre :

\*Dans la culture d'Europe Occidentale:

- Préférable
- Inquiétante (peur de la paralysie...)
- Rassurante
- Compense le déracinement
- Souvent demandée
- Rarement demandée
- Je ne sais pas
- Autre :

**22) D'après vous, quel est le sens donné à la douleur en fonction des cultures?**

Naturel	Voulu par Dieu	Lié à un déséquilibre entre le corps et l'esprit	Physique lié au psychique	Uniquement physique	Signal envoyé par l'organisme	Autre
---------	----------------------	---	---------------------------------	------------------------	-------------------------------------	-------

Afrique  
Noire

Maghreb

Europe de  
l'Est

Asie du  
Sud-Est

Europe  
Occidentale

Je vous remercie sincèrement pour votre participation. Souhaitez-vous me faire part d'anecdotes sur le sujet des soins interculturels? Elles pourraient enrichir les données que je recueille et ma réflexion.

Notre travail discute de la prise en charge des sages-femmes en salle d'accouchement face à la douleur des femmes de cultures différentes. Un état des lieux bibliographique est réalisé au sujet des données anthropologiques sur les variations du vécu et l'expression de la douleur durant le travail et l'accouchement dans les cultures d'Europe Occidentale, Europe de l'Est, Maghreb, Afrique Noire et Asie du Sud-Est. Nous présentons ensuite les résultats d'une enquête réalisée de Novembre 2015 à Janvier 2016, auprès de 75 sages-femmes de Lyon et de Bourg-en-Bresse (France). Nous avons évalué grâce à un questionnaire écrit, les connaissances des sages-femmes concernant le comportement des patientes de cultures différentes face à la douleur pendant le travail et l'accouchement, ainsi que la conduite à tenir de la sage-femme face à différentes situations provoquées par la barrière de la langue. Ces observations sont mises en perspective dans la discussion pour analyser l'impact de la culture d'origine sur la qualité (ou la difficulté) des soins prodigués par les sages-femmes.

Mots clés: "prise en charge", "sage-femme", "douleur", "variation culturelle"

Coordonnées:

Marine Garrigue

2 Rue Longue 69001 LYON