

Établir une relation de soins entre migrantes et professionnels de santé

Patricia Vasseur,
sage-femme, doctorante
en anthropologie sociale
et ethnologie,
École des hautes études
en sciences sociales, Marseille,
Bobigny (Seine-Saint-Denis).

Établir une relation de soins où les femmes enceintes d'un côté et les professionnels de l'autre se comprennent peut apparaître inaccessible. Pour autant

la réalité clinique montre qu'une relation existe et que les soins se réalisent. Djeneba² prévoit d'accoucher à la maternité Delafontaine lorsque je la rencontre. Elle revient sur son histoire obstétricale. « J'ai été suivie dans une clinique pour mes trois enfants. Au début c'était à la PMI à Aubervilliers, parce qu'avant j'habitais Aubervilliers. Quand j'ai quitté mon mari, j'étais à Aubervilliers. Après, je suis partie à Bondy. J'étais à l'hôtel pendant onze mois et demi... J'ai appelé SOS femmes et ils m'ont trouvé une place. C'est eux qui m'ont aidé à trouver un logement. » Les suivis de grossesses que

Djeneba explique par ses lieux de vie sont à relier au changement de sa vie maritale.

Pour sa part, Kiné cumule les difficultés administratives et économiques. Lorsque nous évoquons son logement, elle dit : « Non, le logeur, avec le bébé il ne veut pas [que je reste], il faut que j'en trouve un autre... C'est la sage-femme qui m'aide. Ça passe par le 115. » Quant à Awa, elle me précise ne pas avoir entamé sa régularisation

administrative, « parce que là, comme on a déménagé, je ne connais personne, ça fait encore des démarches... Je ne sais pas demander les gens et tout ça... » Awa vient d'emménager dans un logement privatif à La Plaine-Saint-Denis et doit accoucher à la maternité hospitalière dans deux mois.

« Descente d'avion »

À entendre leurs histoires respectives, la tendance culturaliste inciterait à considérer Kiné, Awa et Djeneba comme étant mal logées, parce qu'elles ont migré et à y associer le risque d'une grossesse mal suivie. De façon générale, habiter successivement différents lieux peut conduire à faire suivre sa grossesse dans des maternités différentes ; ainsi, la mobilité des personnes incite les soignants à qualifier le suivi de grossesse de chaotique. Également, lorsque le suivi débute tardivement dans une structure, la prise en charge succincte et parfois compliquée qui en découle est régulièrement étiquetée « descente d'avion » par les soignants. Ainsi nommée, la forme lexicale sous-tend l'idée que le suivi débute tardivement, parce que la personne vient d'arriver sur le territoire. Cependant, l'analyse sociale des récits de Kiné, de Djeneba et d'Awa resitue leurs histoires dans une réalité quotidienne partagée par tous. L'orientation résidentielle de Kiné est liée à sa précarité, celle de Djeneba à l'évolution de sa vie maritale et celle d'Awa à une amélioration de son statut socio-économique. La diversité des parcours renseigne sur l'apprentissage des démarches institutionnelles – « le 115 », les procédures locatives, « SOS femmes » – et les moyens à mettre en œuvre.

Attentive aux paroles de l'autre

La confiance est au centre de la relation de soins. Créer les contacts ne suffit pas, chacune des patientes (femme enceinte ou ayant accouché) cherche à consolider les relations, en renforçant la proximité. Le dispositif de PMI y est propice grâce aux visites à domicile. En accueillant Lucie – la sage-femme – dans son espace privé, Bintou n'aborde pas les mêmes sujets que dans un cabinet de consultation. *A priori* banal, leur échange favorise le discours sur soi dans la mesure où elles dialoguent dans un lieu intime où chacune peut être attentive aux paroles de l'autre. Bintou insiste sur la convivialité de la rencontre et sur le réconfort que la sage-femme lui procure. En réduisant la distance physique, recourir au domicile modifie également la distance psychique de la relation de soins.

La personne-ressource – ici la sage-femme – peut devenir le repère de tous les tenants du déroulement futur de la grossesse. Selon Kiné et Bintou, la sage-femme fait le lien avec les différentes institutions, quand elle ne rassemble pas à elle seule les dimensions médicales et sociales de la prise en charge de la grossesse. Pour chacune d'elles, la sage-femme représente celle qui amoindrit les effets de la précarité. Kiné s'appuie sur la sage-femme pour résoudre à la fois ses problèmes d'hébergement, de régularisation de droits sociaux et pour renouer le contact avec le père du bébé. Ainsi, ce qui apparaît *a priori* comme une rencontre médicale se déploie en plusieurs sens où, selon les circonstances, les enjeux non médicaux peuvent l'emporter.

En qualifiant les soignantes par leurs attentions – « ils font tout pour comprendre », « il y a des gens remar-

L'ESSENTIEL

■ **Sage-femme, Patricia Vasseur a consacré sa thèse d'anthropologie aux conditions de prise en charge des femmes migrantes d'Afrique de l'Ouest installées en France et qui accouchent en Seine-Saint-Denis¹. Conditions qui ont un impact sur l'enfant.**
■ Elle décrit les termes de la rencontre entre ces femmes et les professionnels, les ajustements qui s'opèrent pour s'entendre lorsque l'on ne se comprend pas toujours et pour prendre l'autre en compte. Morceaux choisis.

quables » –, Coumba et Khady indiquent qu'une attitude, un regard, un geste, une intonation de voix, sont les signes parfois liminaux (les premiers observables) traduisant la bienveillance et l'empathie attendues des soignants.

L'aide d'une traductrice

Rokhaya, Oumou ou Mariam, parmi d'autres qui ont connu les centres de santé respectivement de Dakar, de Ségou et de Nouakchott, avant de rejoindre leur conjoint en banlieue parisienne, savent comment leur vie ne tient parfois qu'à un fil, l'infime du verbe ou du regard qui déclenche celui de l'empathie et fait échapper à l'indifférence susceptible de conduire au décès en accouchant.

En écoutant Sokhna, interprète, l'on mesure comment le partage de la langue vernaculaire et de l'apparence physique renforcent le processus de proximité. Sénégalaise, elle parle entre autre le soninké. Très vite, elle est identifiée par les patientes comme celle qui est capable de répondre à leurs interrogations et à qui elles peuvent faire part de leurs réticences à se conformer aux normes du suivi prénatal. Partageant des valeurs sociales communes telles que la bienséance, Sokhna comprend leur pudeur et sait la déjouer. Traduire et expliquer lui permet de transmettre des savoirs techniques et des formes normées des façons d'agir.

En plus d'adapter le discours technique, elle négocie et ajuste les comportements des patientes aux besoins du suivi médical. Réciproquement, elle traduit les discours des patientes aux professionnels et les éclaire sur les comportements et les réticences de ces patientes. Désamorçant de nombreuses erreurs d'interprétations, Sokhna se situe à la charnière entre les espaces médicaux, sociaux et affectifs savants des unes et profanes des autres. Passant sans cesse d'un univers de pensée à un autre, Sokhna permet en quelque sorte d'entériner la confiance *a priori* accordée et simultanément de la consolider. Au gré des événements et des personnes, la proximité de la relation de soins se déplace d'une personne à une autre, se renforce ou s'effrite. Déviée de sa fonction initiale, la consultation de Bintou auprès de la sage-femme devient un temps d'échange privilégié pour évoquer les inquiétudes, les doutes, les incertitudes liées à la grossesse et à l'enfant à venir. Leurs conversations débordent sur la vie quotidienne et le parcours de vie, comme me l'explique Bintou. Quant à Coumba, l'apprentissage de la toilette de l'enfant devient possible grâce à la prévenance de l'auxiliaire qui accède à sa demande. Coumba encourage l'auxiliaire de puériculture à faire la toilette de l'enfant, quand bien même la professionnelle est censée, par ses fonctions, transmettre le savoir-faire

de la toilette de l'enfant à la mère. Elle doit théoriquement faire, puis intégralement faire faire avant que Coumba ne rejoigne son domicile.

Un mot, un geste, une attitude

Pour comprendre, mieux comprendre, s'assurer d'avoir bien compris ou simplement se rassurer, la patiente fait répéter. Le temps de la reformulation donne l'occasion à la femme enceinte de dire sa crainte de la douleur du corps, ses inquiétudes. Elle vient comme précédemment chercher des certitudes, quand bien même une réponse lui a été fournie. Il s'agit toujours de questionner le monde biotechnique (au sens médical) qui reste malgré tout un monde opaque pour les profanes. Il suffit parfois d'un mot, d'un geste, d'une attitude et d'un regard, ces petits riens du quotidien, pour que le discours rassure.

Jean et Anna, gynécologues-obstétriciens, s'appuient alternativement sur l'usage des mots, le savoir acquis et la bienveillance pour entrer en contact avec les femmes enceintes et enrayer le sentiment d'impuissance produit par les circonstances du soin. En précisant qu'il « s'engage à sa manière », Jean fait allusion à son éthique personnelle consistant à soigner avec équité. Pour lui, pratiquer avec impartialité demande d'expliquer, parfois de justifier et d'user de patience. Si la prise en charge dépend de la compétence professionnelle, son principe relève avant tout des valeurs morales intrinsèques à l'individu.

En s'interrogeant plus finement sur ce qui peut sembler paradoxal vis-à-vis de leur pratique, les propos recueillis des médecins et sages-femmes montrent que tout est affaire de transmission de savoir centrée sur l'éthique du soin. La subtilité de la relation de soins apparaît dans la manière de dire, de transmettre et d'expliquer comme d'entendre le propos de l'autre, plus que dans l'action elle-même. Pour cela, le soignant va considérer à la fois son éthique et sa déontologie professionnelle et s'imprégner incessamment de l'entre-deux qui affine sa pratique. ■

ÉTUDIER L'IMPACT DE L'INTERACTION PATIENTES-SOIGNANTS SUR LA PRISE EN CHARGE

Observer les femmes enceintes, vivant en France, était pour moi une découverte. Forte d'une expérience d'expatriation de seize années en Afrique de l'Ouest, dont quelques-unes avec la double casquette de sage-femme et d'anthropologue en santé maternelle, j'arrivais au titre de sage-femme dans un hôpital parisien pour effectuer des consultations prénatales.

J'ai immédiatement été frappée par l'importante différence de modalité de suivi prénatal entre les grossesses prises en charge dans les centres de santé sahéliens et celles des hôpitaux du Bassin parisien. Il était en particulier saisissant de constater l'ampleur de la représentation stéréotypée que les soignants avaient des patientes africaines de l'Ouest, la systématisation et l'uniformisation

des attitudes professionnelles, quelle que soit l'origine de la patiente et quel que soit le motif de la prise en charge. Comment se positionnaient-ils éthiquement et humainement dans la relation de soins avec ces patientes migrantes ?

Le travail anthropologique consistait donc à déconstruire les processus interactifs observés, à étudier dans quelle mesure la dynamique interactive entre les patientes et les soignants orientait la prise en charge, et à situer l'évolution des représentations sociales du soin maternel. Un lieu où chacun négociait « quelque chose » et s'enrichissait des connaissances et des comportements de l'autre, chacun y donnant « son » sens.

Patricia Vasseur

1. Accoucher en migration. Une transformation de soi par l'univers sociotechnique des soins. Analyse d'une situation de contact entre des femmes migrantes d'Afrique de l'Ouest et des professionnels de la périnatalité en Seine-Saint-Denis. Thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, École des hautes études en sciences sociales 2016.

2. Les prénoms ont été changés.