
Stage et mémoire : Les limites de l'implémentation de politiques interculturelles dans les soins obstétricaux publics à Quito : analyse depuis la perspective du personnel biomédical

Auteur : Sommerfeld, Luca

Promoteur(s) : Vandeninden, Frieda

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sciences de la population et du développement, à finalité spécialisée
Coopération Nord-Sud

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25890>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

SOMMERFELD

Luca

S211702

Master en sciences de la population et du développement

Mémoire de fin d'études

Les limites de l'implémentation de politiques interculturelles
dans les soins obstétricaux publics à Quito : analyse depuis la
perspective du personnel biomédical

Frieda Vandeninden, promotrice ;
Marc Poncelet, lecteur ;
Fabienne Fecher-Bourgeois, lectrice.

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré les recommandations internationales en matière d’interculturalité, de nombreuses promesses en la matière de la part de l’Équateur, l’intégration des pratiques et acteurs indigènes dans le système de santé public du pays demeure marginale. Dans le cadre des soins obstétricaux, cela se traduit par des risques accrus de complications et une mortalité maternelle et néonatale plus élevée chez les populations indigènes. Ce travail vise à identifier les dynamiques et logiques sous-jacentes empêchant la concrétisation effective des engagements officiels.

Méthodologie : Les données produites durant ce travail sont d’ordre qualitatif : des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d’onze témoins privilégiés. Précisément, neuf gynéco-obstétriciennes et deux gynéco-obstétriciens actives dans des hôpitaux de deuxième et troisième niveau dans le canton de Quito ont été interrogées entre le 30 mars et le 8 avril 2026.

Résultats : Sept résultats principaux ont été identifiés comme barrières à l’intégration effective des pratiques et actrices indigènes dans les infrastructures hospitalières publiques : des barrières linguistiques et de communication, un conflit culturel, une inadéquation des infrastructures, une résistance de la part du personnel biomédical, une hiérarchisation des cosmologies médicales, l’appropriation sélective des pratiques et actrices traditionnelles, et une simplification conceptuelle de la notion d’interculturalité.

Discussion : En plus de perpétuer des dynamiques coloniales, les mécanismes en place relèguent la responsabilité de l’implémentation de politiques d’interculturalité au personnel hospitalier, qui ne dispose ni des moyens ni de la formation nécessaire. Cela permet à l’État de tenir ses promesses en apparence sans réformer ses structures fondamentales.

MOTS CLÉS

Santé interculturelle - soins obstétricaux - personnel biomédical – indigènes - instrumentalisation

TABLE DES ACRONYMES

HCDH :	Haut-Commissariat des Droits de l'Homme aux Nations Unies
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OPS :	Organisation Panaméricaine de la Santé
CONAIE :	<i>Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador</i> [Confédération des nationalités indigènes de l'Équateur]
MSP :	<i>Ministerio de Salud Pública</i> [Ministère de la Santé Publique]
IESS :	<i>Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social</i> [Institut Équatorien de la Santé Sociale]
ESAMyN :	<i>Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño</i> [Établissements de Santé Amis de la Mère et de l'Enfant]
MAIS :	<i>Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud</i> [Modèle de Prise en Charge Intégrée du Système National de Santé]

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	4
1.1. Cadre légal et administratif.....	4
1.2. Santé interculturelle	6
1.3. Santé et mortalité maternelle.....	7
1.4. Barrières linguistiques.....	9
1.5. Formation du personnel médical.....	10
1.6. Conflit culturel	11
1.6.1. Suprématie biomédicale.....	11
1.6.2. Instrumentalisation de l’interculturalité.....	12
1.7. Le rôle du personnel hospitalier.....	14
2. MÉTHODOLOGIE	15
2.1. Contexte de la recherche	15
2.2. Collecte des données.....	15
2.2.1. Choix des interviewées	16
2.2.2. Guide d’entretien	16
2.2.3. Analyse et interprétation des données	17
2.3. Considérations éthiques : anonymisation des données	17
2.4. Limites du travail	18
3. RÉSULTATS	18
3.1. Barrières linguistiques.....	18
3.2. Conflit culturel.....	20
3.3. Inadéquation des infrastructures hospitalières	21
3.4. Résistance du personnel biomédical	22
3.5. Hiérarchisation des cosmologies.....	23
3.6. Appropriation sélective des pratiques et actrices traditionnelles	24
3.7. Simplification conceptuelle.....	25
4. DISCUSSION	26
4.1. Hiérarchisation et instrumentalisation	26
4.2. Barrières linguistiques.....	28
4.3. Personnel biomédical	29
5. CONCLUSION	30
6. BIBLIOGRAPHIE	32
7. ANNEXES	37

1. INTRODUCTION

En Équateur, depuis l'époque coloniale, les populations indigènes sont sujettes à de multiples formes de discrimination, une situation particulièrement marquée au niveau des soins de santé (Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; Haut-Commissariat des Droits de l'Homme aux Nations Unies [HCDH], 2019). Malgré les recommandations internationales en matière d'interculturalité et de nombreuses promesses à ce niveau de la part de l'Équateur, l'intégration des pratiques et acteurs indigènes dans le système de santé public du pays demeure marginale (HCDH, 2019 ; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2023). Au-delà des dimensions politiques de la notion d'interculturalité (Organisation Panaméricaine de la Santé [OPS] citée dans Bautista-Valarezo *et al.*, 2020 ; Habermas cité dans Torri, 2012), les limites de son application ont été identifiées comme des facteurs à risques pour des mauvais soins prénataux et maternels (Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; Gallegos *et al.*, 2017). Ces enjeux sont particulièrement importants en Équateur, étant donné que les populations indigènes sont estimées à y constituer entre 35% et 45% de la population totale (HCDH, 2019).

Alors que de nombreuses études sur le sujet se concentrent sur la perception de la situation et de ses enjeux par des patientes et acteurs indigènes en milieu rural (Bautista-Valarezo *et al.*, 2020, 2021, 2022 ; Burgaleta Pérez *et al.*, 2025 ; Callister *et al.*, 2010 ; Espinel-Jara *et al.*, 2017 ; Hallor *et al.*, 2024 ; Reichert, 2024), ce travail vise spécifiquement à mettre en lumière la perspective du personnel biomédical en milieu urbain. L'objectif est d'une part de comprendre comment ce personnel envisage l'application de politiques interculturelles dans le cadre des soins obstétricaux et quels y sont les obstacles depuis son point de vue, mais également de confronter cette perspective au regard d'autres études dans le but d'identifier les dynamiques sous-jacentes empêchant la concrétisation effective des engagements officiels.

1.1. Cadre légal et administratif

Depuis 1996, le système de santé équatorien n'a cessé d'évoluer dans le but de pallier la disparité sanitaire due à des facteurs socioéconomiques. En 1998, par exemple, suite à la mobilisation de la Confédération des nationalités indigènes de l'Équateur (CONAIE pour son appellation espagnole), le mouvement indigène principal du territoire, l'État équatorien a adopté une nouvelle constitution (Mozo González, 2017) garantissant entre autres le droit universel à la santé selon les principes d'équité, de qualité, de solidarité et d'efficacité (Granda & Jimenez, 2019). Qui plus est, cette constitution est aussi la première à reconnaître officiellement la médecine traditionnelle et à garantir aux peuples indigènes le droit de la pratiquer, ce qui était jusque-là formellement interdit (Mozo González, 2017). L'adoption de cette constitution n'ayant néanmoins eu aucun impact tangible significatif, certains parlant même d'une période de « sombre processus néolibéral » durant laquelle les droits des citoyens n'étaient en réalité pas garantis, une nouvelle constitution fut adoptée en 2008 (Llamas & Mayhew, 2018). Cette dernière, toujours d'actualité aujourd'hui, est entre autres reconnue pour avoir marqué la reconnaissance par l'État de sa responsabilité à l'égard de l'application du droit à la santé de l'ensemble de ses citoyens (Llamas & Mayhew, 2018).

L'importance de cette constitution pour les communautés indigènes du territoire s'explique également par sa définition explicite de l'État comme interculturel, plurinational et reconnaissant des droits collectifs des populations indigènes à leurs territoires, leur propriété intellectuelle collective ainsi que l'ensemble de leurs connaissances ancestrales et de leur héritage culturel, en ce comprises, donc, leurs médecines ancestrales (De Schutter, 2024). Dans ce dernier volet, cette constitution garantit plus précisément un droit à la santé interculturelle, entendu comme l'accès à la fois à des pratiques médicales ancestrales basées sur des savoirs indigènes et à la biomédecine, ainsi que le respect de ces deux paradigmes et leur articulation conjointe (Reichert, 2024). Par ailleurs, en 2023, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a publié le *Manuel d'articulation de pratiques et savoirs de sage-femmes et sage-*

hommes ancestraux traditionnels avec pour objectif le renforcement de l'intégration de la médecine ancestrale, traditionnelle, dans le système de santé public national, déjà entamée en 2016 par un autre document dont l'objectif était de reconnaître officiellement les connaissances des sage-femmes traditionnelles et de les autoriser, sous certaines conditions, à accompagner leurs patientes à l'hôpital (Burgaleta Pérez *et al.*, 2025). Sur papier, ces mesures semblent concorder parfaitement avec les diverses recommandations de l'OMS et de l'OPS dans le cadre des soins maternels et néonataux, et donc avec les engagements de l'État à cet égard (Cruz Palma *et al.*, 2025).

Le système de santé national est constitué d'un réseau public, qui gère la majorité des infrastructures médicales du pays, et un réseau privé complémentaire à celui-ci (Cañarte Siguencia *et al.*, 2025). La majorité de la population équatorienne a principalement recours au réseau public, et plus spécifiquement à deux types de services de soins de santé : ceux du MSP et ceux de l'Institut Équatorien de la Sécurité Sociale (IESS) (Brusnahan *et al.*, 2022 ; Cañarte Siguencia *et al.*, 2025). La différence majeure entre les deux services, malgré le fait que tout deux aient pour objectif la démocratisation des soins de santé, réside dans leur coût : si les services du MSP sont fournis gratuitement à l'entièreté de la population, les adhérents de l'IESS paient l'équivalent de huit à dix dollars américains par mois pour avoir accès à ses établissements (Brusnahan *et al.*, 2022). D'autres institutions publiques en matière de santé existent dans le pays, mais celles-ci sont généralement réservées à des localités ou professions spécifiques, comme, par exemple, les forces armées ou la police (Cañarte Siguencia *et al.*, 2025).

Par ailleurs, le système de santé équatorien est structuré selon un modèle pyramidal comprenant trois niveaux d'attention médicale, au sein desquels tous les établissements médicaux sont classés selon leur complexité et les services qu'ils proposent. Le premier niveau d'attention constitue la base du système : c'est le plus répandu géographiquement et il se charge de répondre aux besoins médicaux les plus basiques. Le second niveau correspond aux établissements prestant des services spécialisés. Contrairement à ceux du premier niveau, les établissements de celui-ci proposent également des hospitalisations en plus des consultations ponctuelles. Enfin, les établissements du troisième niveau d'attention sont ceux qui prestent les services médicaux les plus spécifiques. Ce sont ces derniers qui possèdent les professionnels et les équipements les plus spécialisés, ce qui leur permet de prendre en charge les cas les plus complexes (Cañarte Siguencia *et al.*, 2025).

Lors de sa septante-sixième assemblée, l'OMS a rappelé que les autochtones ont le droit d'avoir recours à leurs médecines traditionnelles et de maintenir toutes leurs pratiques au niveau de la santé, et recommande dans ce contexte l'intégration de ces médecines traditionnelles dans le système de santé national, en particulier dans le cas des soins de santé primaires (OMS, 2023). Ces derniers sont définis dans la déclaration d'Alma-Ata comme le premier niveau de contact entre la population et le système de santé national et « [visant] à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet » (OMS, 1978, paragr. VI-VII), ce qui correspond donc au premier niveau d'attention dans le système équatorien (Cañarte Siguencia *et al.*, 2025). Cependant, bien que ces recommandations insistent avant tout sur les soins primaires, leur champ d'application inclut idéalement l'ensemble du système de soins de santé (OMS, 2023).

En matière de santé maternelle spécifiquement, la réforme la plus récente du MSP est le développement de la norme des Établissements de Santé Amis de la Mère et de l'Enfant (ESAMyN pour son acronyme espagnol). Cette norme prévoit une attention particulière aux femmes enceintes, se veut garante d'un accouchement humanisé, et impose l'appui, la protection et l'encouragement de l'allaitement. La norme ne fait pas explicitement référence à une quelconque pratique interculturelle, mais le comité en charge de sa rédaction et de son implémentation inclut la direction nationale de la santé interculturelle, et ses objectifs incluent une approche des soins plus intégrée et pertinente vis-à-vis de l'individu. Enfin, il

s'agit ici de noter que, même si chaque établissement est libre de demander ou non la certification liée à la norme, tous, privés et publics, sont tenus de s'y conformer (Ministerio de Salud Pública, s. d.-b).

1.2. Santé interculturelle

La définition classique de la santé la décrit comme un état de bien-être général (OMS cité dans Waters & Gallegos, 2014). Au cours des dernières années, cette définition s'est élargie afin d'y inclure des facteurs liés à l'augmentation de l'espérance de vie tels que les potentiels physique, mental et social, qui comblent les prérequis pour une vie adaptée à l'âge, la culture et la responsabilité personnelle d'une personne (Bircher cité dans Waters & Gallegos, 2014). Dans les cosmovisions indigènes, la santé désigne généralement un environnement d'équilibre mental, émotionnel, physique et spirituel menant à une vie remplie d'énergie positive, de sérénité et d'harmonie avec la communauté, la nature et soi-même (Bautista-Valarezo *et al.*, 2020). Dans les deux perspectives, à savoir l'indigène et celle de l'OMS et Bircher (dans Waters & Gallegos, 2014), l'accent est donc, d'une certaine manière, mis sur une idée de bien-être physique, mental et communautaire.

Afin de maintenir une bonne santé, les populations indigènes ont développé, et, dans de nombreux cas, utilisent encore aujourd'hui, leur propre système de médecine, généralement appelé médecine traditionnelle ou ancestrale, comme observable dans les textes mentionnés dans la section précédente. Cette médecine est le résultat de l'accumulation de savoirs empiriques et pratiques transmis de génération en génération depuis parfois des milliers d'années (Medina cité dans Cruz Palma *et al.*, 2025; Espinel-Jara *et al.*, 2017) : l'OMS (cité dans Romero-Tapias *et al.*, 2022) la définit comme l'ensemble des connaissances, capacités et pratiques basées sur les théories, croyances et expériences propres de cultures différentes utilisées pour maintenir la santé et prévenir, diagnostiquer ou traiter des maladies physiques ou mentales. Cette médecine se différencie de la médecine occidentale, aussi appelée biomédecine, par la valorisation de remèdes avant tout naturels, le recours à des ressources principalement locales et abordables, et une approche généralement plus intégrée, considérant souvent l'ensemble des implications physiques, émotionnelles, mentales, spirituelles et environnementales d'une situation avant d'y répondre (Espinel-Jara *et al.*, 2017 ; Sarmiento, Zuluaga, *et al.*, 2020).

La coexistence de ces deux cosmovisions relève de la question de l'interculturalité, notion qui, étant donné la diversité au niveau des priorités fixées par les différents systèmes de santé (Chalkidou *et al.*, 2016), ne doit pas être envisagée comme faisant référence à un phénomène uniforme (Habermas cité dans Torri, 2012), mais plutôt à un processus interactif entre diverses cultures et les cosmovisions qui y sont associées (Aguilar Peña *et al.*, 2020 ; Reichert, 2024). Selon l'OPS (cité dans Bautista-Valarezo *et al.*, 2020), l'interculturalité fait référence aux interactions équitables et respectueuses des différences politiques, économiques, sociales, culturelles, d'âge, linguistiques, de genre et de génération établies entre les différentes cultures dans le but de construire une société juste. De manière plus concise, l'interculturalité désigne la reconnaissance des différences et le respect des valeurs et pratiques de chaque culture et l'articulation intégrée de ces dernières (Matute *et al.*, 2021 ; Reichert, 2024).

Dans le contexte des soins de santé, les « compétences culturelles » désignent dans ce contexte la compréhension contextuelle des expressions de la santé à partir de l'expérience et du vécu de la personne à laquelle on administre des soins (Díaz cité dans Cedeño Tapia *et al.*, 2021). Dans une étude portant sur l'interculturalité dans la formation des étudiants du domaine de la santé en Colombie, Alonso-Palacio *et al.* (2017) décrivent 3 étapes : une ouverture d'esprit et l'adoption d'une posture réflexive, le développement de l'empathie et la compréhension du point de vue de quelqu'un d'autre, et enfin un stade final de symbiose entre les différentes cultures. Cette étude précise que plusieurs auteurs mettent en avant le besoin de réciprocité, de bonne volonté et d'horizontalité entre les différents acteurs afin que

l'application du concept d'interculturalité puisse améliorer la communication entre le personnel médical et les patients d'origine socioculturelle différente ainsi que la santé de ces dits patients.

La santé interculturelle, alors, s'inscrit comme un sous-domaine de la santé publique (Aguilar Peña *et al.*, 2020) et désigne l'ensemble des pratiques de soins de santé capables de lier médecine indigène et médecine occidentale dans un contexte où les deux sont considérées comme complémentaires dans le but de proposer des services adaptés aux spécificités, nécessités et attentes de toute la population concernée (Pérez *et al.*, 2016 ; O'Neil *et al.* cités dans Torri, 2012). Les prémisses de base en seraient ainsi le respect mutuel, la reconnaissance égale des connaissances, la volonté d'interagir et une flexibilité quant au changement résultant de ces interactions (Mignone *et al.* cités dans Herrera *et al.*, 2019). Voulant établir des relations symétriques entre les différents systèmes de santé (Herrera *et al.*, 2019), la santé interculturelle implique donc, entre autres, l'intégration des pratiques culturelles ancestrales, des acteurs traditionnels et des langues indigènes dans le système de soins de santé (Aguilar Peña *et al.*, 2020). Selon Saéz (cité dans Pérez *et al.*, 2016) et Medina (cité dans Cruz Palma *et al.*, 2025), une telle complémentarité entre la cosmovision biomédicale et les cosmovisions indigènes pourrait être atteinte si toutes sont valorisées de la même manière et que les voix de tous leurs acteurs sont respectées et considérées sur un pied d'égalité.

Cette intégration s'avère importante dans la mesure où il a été observé que, dans des sociétés multiculturelles telles que celle de l'Équateur, le degré d'utilisation du système de soins de santé public dépend en grande partie de la perception qu'ont les membres de populations culturellement et linguistiquement diverses de ces sociétés du caractère approprié, notamment du point de vue culturel, des soins proposés (Gallegos *et al.*, 2017 ; Lakshmi *et al.*, 2015). Qui plus est, il a été démontré qu'une approche médicale prenant en compte non seulement la santé physique mais également la spiritualité et la culture des patients permettait non seulement d'augmenter leur confort, mais menait également systématiquement à de meilleurs résultats (Cruz Palma *et al.*, 2025 ; Lakshmi *et al.*, 2015). Dans le cadre des soins obstétricaux, il a par exemple été montré que l'intégration de pratiques interculturelles dans un hôpital permet de réduire la durée de l'accouchement, de diminuer l'utilisation de médicaments ou encore de baisser significativement le taux de déchirures du périnée (Antepara *et al.* cités dans Cruz Palma *et al.*, 2025).

1.3. Santé et mortalité maternelle

L'Équateur est caractérisé par une importante hétérogénéité culturelle qui inclut une quantité et diversité considérable de pratiques et connaissances indigènes d'un côté, et, de l'autre, des éléments typiques d'une société contemporaine en développement, en ce compris un système de santé biomédical (Salazar *et al.* cités dans Cruz Palma *et al.*, 2025). Dans ce contexte, la maternité constitue une expérience en quelque sorte transversale dans la mesure où elle, au même titre que la santé maternelle, est fortement influencée par l'ensemble des schémas et mécanismes socioculturels présents (Cruz Palma *et al.*, 2025 ; Sarmiento, Paredes-Solís, *et al.*, 2020). Les pratiques associées à la grossesse et à l'accouchement acquièrent ainsi une importance particulière, étant donné qu'en plus d'influencer le bien-être de la mère et du nouveau-né, elles ont un impact direct sur leur santé (Cruz Palma *et al.*, 2025).

En effet, lorsqu'elles sont respectées et appliquées en accord avec les attentes des populations concernées, les pratiques obstétricales culturellement ancrées s'avèrent tout à fait efficaces. Un exemple saillant de ces pratiques est l'accouchement en position verticale, qui est communément pratiqué dans les communautés indigènes équatoriennes (Cruz Palma *et al.*, 2025). Il a été démontré que, en tirant profit de la gravité, cette position facilite le travail d'accouchement pour la mère et réduit le risque de complications. De plus, l'intégration de cette méthode dans des hôpitaux a engendré une meilleure satisfaction des patientes à condition que le personnel y soit réellement formé (Betancourt *et al.*, Avila

et al. cités dans Cruz Palma *et al.*, 2025). Ainsi, une attention inclusive et adaptée culturellement n'est pas que positive en matière du respect qu'elle implique, mais peut également l'être d'un point de vue d'efficacité et de sécurité médicale.

Une telle approche est déjà mise en œuvre depuis quelques années dans quelques hôpitaux équatoriens par l'intégration d'accoucheuses traditionnelles dans les unités d'accouchement afin d'accompagner les mères et de leur proposer non seulement d'accoucher en position verticale, mais aussi des soins traditionnels tels que des infusions tout au long de l'accouchement, le tout en concertation avec le personnel biomédical (Hallor *et al.*, 2024 ; Llamas & Mayhew, 2016 ; Matute *et al.*, 2021, 2022). L'intégration de ces accoucheuses traditionnelles dans les centres de soins de santé a ainsi contribué à la création d'un environnement de confiance où les femmes indigènes se sentent en sécurité, ce qui facilite grandement la discussion de thèmes plus délicats tels que la contraception et la planification familiale, réduisant les complications et urgences obstétricales sur le long terme (Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; Hallor *et al.*, 2024).

Comme indiqué plus haut, l'incorporation de certaines de ces pratiques interculturelles dans les services de maternité se veut aujourd'hui de plus en plus généralisée. Cependant, elles ne sont toujours pas appliquées de manière systématique dans toutes les institutions de santé publiques. Même si des politiques de santé promouvant l'interculturalité existent, leur implémentation est souvent limitée par et dépendante de facteurs spécifiques à chaque hôpital, comme, par exemple, l'adéquation de ses infrastructures ou la disponibilité de personnel formé en la matière (Cruz Palma *et al.*, 2025 ; Matute *et al.*, 2021). En effet, les infrastructures médicales publiques équatoriennes ont tendance à manquer de moyens financiers et humains, ce qui, comme dans d'autres cas similaires, semble les pousser à ne proposer que des pratiques obstétricales biomédicales (Sarmiento, Paredes-Solís, *et al.*, 2020 ; Sarmiento, Zuluaga, *et al.*, 2020). De manière plus concise, les services de santé accessibles aux communautés indigènes sont souvent de mauvaise qualité et ont donc tendance à ne pas répondre aux besoins de ces dernières (Brusnahan *et al.*, 2022 ; HCDH, 2019).

Cet écart entre les besoins culturels des indigènes en matière de santé et l'incapacité des services concernés à répondre à ces besoins a été identifié comme un facteur à risque pour des mauvais soins prénataux et maternels (Carpio-Arias *et al.*, 2022). Par exemple, dans le cas des soins obstétricaux, il a été montré que quand les services de santé publics ne répondent pas aux attentes culturelles des femmes concernées et de leurs familles, la probabilité que ces femmes n'aient pas recours à ces services augmente considérablement, augmentant parallèlement le risque de complications (Gallegos *et al.*, 2017). Effectivement, alors que 80% des femmes non-indigènes en Équateur accouchent en présence d'un professionnel biomédical, ce taux baisse à 30% pour les femmes indigènes (Endemain cité dans Llamas & Mayhew, 2016).

Une autre barrière à la bonne santé des mères indigènes en Équateur réside dans leur bas niveau d'éducation, qui a pour l'une de ses conséquences une utilisation relativement peu fréquente des services de soins prénataux officiels de leur part. En effet, en 2012, alors que la proportion nationale de femmes sans éducation parmi celles en âge de porter un enfant était de 3.7 %, cette même proportion était d'environ 15 % parmi les femmes indigènes, soit quatre fois plus élevée (Rios-Quitizaca *et al.*, 2022), ce qui, par une chaîne de causes et effets, affecte négativement la santé des femmes et des enfants concernés (Kawachi *et al.* cités dans Rios-Quitizaca *et al.*, 2022). Cet impact peut être illustré au travers d'une étude de Bustamante *et al.* (2019) basée sur des données récoltées en 2014 par le MSP, qui a montré que les femmes indigènes avaient tendance à moins reconnaître les signes indicateurs de complications obstétricales et donc d'y réagir : par rapport aux *mestizos* [métisses], qui constituent le groupe ethnique principal en Équateur, les participantes indigènes avaient 59 % de probabilité en moins de connaître et reconnaître ces signes.

Ainsi, bien que le taux de mortalité maternelle ait drastiquement diminué en Équateur par rapport aux autres pays latinoaméricains au cours des dernières décennies (Sanhueza *et al.*, 2017), il stagne depuis 2015, et au moins jusqu'en 2022, aux alentours de 66 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Lapo-Talledo, 2024). Même s'il est difficile d'isoler les populations indigènes au sein de ces statistiques, ce taux de mortalité est généralement plus important chez les minorités ethniques, notamment à cause d'une insuffisance de personnel qualifié à les prendre en charge, particulièrement en cas de complications obstétricales (Bejarano *et al.*, 2022 ; Lapo-Talledo, 2024 ; Llamas & Mayhew, 2016). Les populations indigènes sont, de ce point de vue, particulièrement vulnérables (OMS cité dans Bautista-Valarezo *et al.*, 2022 ; Sanhueza *et al.*, 2017).

1.4. Barrières linguistiques

Comme sous-entendu précédemment, le manque de confiance de la part des femmes enceintes indigènes dans les médecins « occidentaux » influence grandement la décision de ces femmes de ne pas avoir recours aux services susmentionnés (Bejarano *et al.*, 2022). Ce manque de confiance, barrière importante à la bonne santé maternelle et néonatale chez les populations indigènes équatoriennes, est principalement dû à des problèmes de communication lors de l'administration de soins à ces populations (Bautista-Valarezo *et al.*, 2022). Ces problèmes de communication sont notamment dus à la barrière de la langue : alors que la majorité du personnel biomédical ne parle et comprend que l'espagnol, une grande partie des indigènes parle kiwcha. Souvent, lorsqu'aucune des deux parties ne parle la langue de l'autre et qu'aucun interprète ne peut intervenir, la communication verbale se fait tout simplement impossible (Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; Schouten *et al.*, 2023).

Cette barrière linguistique entre le personnel hospitalier et ses patientes peut avoir des impacts négatifs importants sur la qualité des services offerts (Peled, 2018). Cela s'explique par le rôle central des interactions linguistiques dans toute forme de communication, notamment en matière de santé (Origlia Ikhilior *et al.*, 2019 ; Peled, 2018). En effet, toute communication en lien avec la santé inclut une interaction linguistique à son centre. En plus d'influencer les diagnostics, les traitements et toutes les phases intermédiaires du processus d'attention médicale, les interactions linguistiques entre professionnels et patients conditionnent la relation qu'ils entretiendront entre eux (Peled, 2018). Ceci constitue une limite évidente lorsque les deux parties parlent une langue différente. Dans ces cas, même avec un effort considérable du personnel et des patients, la communication est souvent réduite à un minimum. En conséquence, les deux parties manquent d'informations, ce qui limite la capacité du personnel à répondre aux attentes des patientes et donne l'impression d'une dynamique en quelque sorte autoritaire à ces dernières (Origlia Ikhilior *et al.*, 2019).

Alors, dans le cadre des soins obstétricaux, lorsque des procédures ou interventions sont mal expliquées, voire pas expliquées du tout, il n'est pas rare que les femmes se montrent offusquées et, conséquemment, se montrent méfiantes de l'infrastructure qui les a accueillies (Origlia Ikhilior *et al.*, 2019). Dans ce contexte, il a d'ailleurs été démontré qu'un lien direct existe entre les barrières linguistiques et le risque de complications lors de la naissance (Sentell *et al.* cités dans Origlia Ikhilior *et al.*, 2019). Pour pallier ces barrières et assurer une compréhension mutuelle, une compréhension profonde de la situation, des structures et des normes socio-culturelles des patients est nécessaire chez le personnel soignant. Au-delà de la langue, il s'agit de pouvoir créer des liens entre les différentes cosmovisions, notamment en matière de santé, à savoir, donc, dans le cas présent, la biomédicale et les indigènes (Origlia Ikhilior *et al.*, 2019 ; Schouten *et al.*, 2023).

Il est ainsi nécessaire de former le personnel hospitalier aux compétences de communication verbale et non-verbale telles que, principalement, l'écoute active et la capacité d'empathie et de démonstration d'empathie, afin qu'il puisse comprendre et s'adapter aux cosmovisions et préférences de ses patients

(Schouten *et al.*, 2023). Le fait de faire de la communication une priorité favorise la mise sur un pied d'égalité des voix des différents acteurs en présence. Plus spécifiquement, cela permettrait de légitimer la cosmovision médicale indigène au même titre que la biomédicale (Baraldi & Luppi, 2015 ; Schouten *et al.*, 2023). Cependant, un tel projet ne peut pas s'imposer : afin d'abattre les barrières linguistiques de manière efficace et durable, tous les acteurs, patients, praticiens traditionnels et praticiens biomédicaux, doivent accepter la légitimité des autres et activement chercher l'interaction (Alonso-Palacio *et al.*, 2017 ; Baraldi & Luppi, 2015).

1.5. Formation du personnel médical

Afin de favoriser une meilleure compréhension et le respect des différentes cultures, notamment indigènes, différentes recherches menées en Amérique latine ont souligné l'importance d'inclure l'interculturalité dans les cursus d'éducation supérieure (Ávila-Dávalos cité dans Silva Guayasamín *et al.*, 2024). Qui plus est, afin de pouvoir faire face aux différences culturelles, les professionnels de la santé nécessitent une connaissance approfondie des cultures qui les entourent, en ce compris leurs normes sociales et hiérarchiques, leurs croyances spirituelles et religieuses, leurs modes de communication verbaux et non verbaux, ainsi que leurs conceptualisations de la santé, de la maladie, et de la réalité en général (El-Messoudi *et al.*, 2023 ; Schouten *et al.*, 2023). En atteignant ainsi un niveau de compétences culturelles assez élevé, les professionnels de la santé améliorent leur capacité à communiquer avec des personnes d'origines culturelles différentes et à évaluer leurs besoins afin de leur proposer les traitements les plus adaptés (Maier-Lorentz cité dans El-Messoudi *et al.*, 2023). Plusieurs études ont effectivement montré que la santé de la population s'améliorait systématiquement, même si parfois de manière minimale, lorsque le personnel médical avait été formé en compétences culturelles (El-Messoudi *et al.*, 2023).

Pourtant, en Équateur, comme dans de nombreux pays, la formation de ce personnel en matière de diversité culturelle et en matière de langues indigènes se fait rare, et l'interculturalité ne fait partie explicite d'aucun programme d'études (Demers *et al.*, 2022 ; El-Messoudi *et al.*, 2023 ; Romero-Tapias *et al.*, 2022). Néanmoins, les professeurs dans les domaines associés à la santé doivent trouver un moyen d'initier leurs étudiants à ces compétences, étant donné qu'en fin de cursus, ces derniers doivent passer un examen portant sur le « Modèle de Prise en Charge Intégrée du Système National de Santé » (MAIS pour son acronyme espagnol) afin d'être reconnus par le système de santé équatorien (Cedeño Tapia *et al.*, 2021 ; El-Messoudi *et al.*, 2023).

Avant d'exercer leur profession librement au sein du pays, les nouveaux-diplômés de filières médicales doivent également compléter une année d'activité professionnelle dans des zones éloignées des centres urbains, dans lesquelles les institutions manquent de ressources financières et humaines (El-Messoudi *et al.*, 2023). Sans cette « année rurale », il est d'ailleurs probable qu'une partie importante des populations indigènes de l'Équateur, qui vivent souvent en milieu rural, n'aurait pas du tout accès à des soins biomédicaux professionnels (Cedeño Tapia *et al.*, 2021). Cependant, malgré le test susmentionné et cette « année rurale », lorsque les compétences culturelles sont intégrées dans les cursus, elles ne le sont souvent que de manière superficielle (Schouten *et al.*, 2023). De ce fait, les professionnels de la santé équatoriens ne sont en réalité à aucun moment officiellement initiés aux cultures indigènes, ce qui peut donner lieu à des tensions et à un manque de compréhension mutuelle entre ces deux groupes (Carpio-Arias *et al.*, 2022).

Comme indiqué plus haut, ce manque de formation du personnel médical aux pratiques médicales traditionnelles des indigènes se fait fortement ressentir au niveau des soins de santé maternelle. La plupart du personnel biomédical exprime en effet ne jamais avoir appris à accompagner les femmes souhaitant accoucher en position verticale, ce qui, comme expliqué précédemment également, est

traditionnellement le cas des femmes indigènes, et se sent donc incapable de le faire correctement (Bautista-Valarezo *et al.*, 2022 ; Llamas & Mayhew, 2018 ; Matute *et al.*, 2021). D'autres membres de ce même personnel, toujours du fait de leur manque de formation dans le domaine, envisagent cette pratique de l'accouchement comme une approche non-scientifique et potentiellement dangereuse. Étant donné que, dans le cas d'une complication, la faute retomberait sur eux, ils préfèrent souvent totalement refuser le recours à cette méthode traditionnelle (Bautista-Valarezo *et al.*, 2022 ; Llamas & Mayhew, 2018). Alors que leur inclusion permet de réduire le taux de mortalité maternelle chez les indigènes, comme le montre notamment le centre médical d'Otavalo, un canton situé au Nord de Quito (Matute *et al.*, 2021), ce rejet des pratiques culturelles traditionnelles par le personnel des hôpitaux entraîne un sentiment de discrimination auprès des femmes indigènes, qui regrettent une qualité insuffisante des services de soins de santé officiels et un non-respect de leur culture et de leurs pratiques liées à l'accouchement (Llamas & Mayhew, 2018).

La formation des professionnels de la santé constitue donc une barrière importante à la santé interculturelle (Romero-Tapias *et al.*, 2022) : souvent, notamment à cause de leur manque de connaissances à leur sujet, les médecins formés selon les standards occidentaux sont incapables de comprendre en quoi les médecines traditionnelles peuvent être utiles (Bautista-Valarezo *et al.*, 2021; Herrera López cité dans Romero-Tapias *et al.*, 2022). En conséquence du manque de formation en matière de compétences culturelles, le personnel biomédical a donc tendance à remettre en question les médecines ancestrales et leurs pratiques, mettant en avant leur non-recours à la science et le manque de preuves de leur efficacité ainsi que le fait que leurs principes de fonctionnement demeurent majoritairement incompris par la médecine occidentale (Herrera López, Garzón López & Quinche Guillén cités dans Romero-Tapias *et al.*, 2022). Cette observation concorde avec les émotions négatives telles qu'un mal-être ou un sentiment d'incompétence, d'incompréhension ou d'antipathie ressenties par le personnel médical envers des patients d'origine ethnique ou culturelle différente de la leur dans de nombreux pays (Demers *et al.*, 2022).

1.6. Conflit culturel

En Amérique latine, la discrimination des indigènes et de leurs pratiques peut s'observer sous plusieurs formes depuis l'époque coloniale, notamment au niveau de leur inclusion dans le domaine des soins de santé (Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; HCDH, 2019 ; Sarmiento, Zuluaga, *et al.*, 2020). Malgré les engagements de l'Équateur auprès des institutions onusiennes, sa ratification de la Convention relative aux peuples indigènes et tribaux de 1989 et les quelques initiatives de la Direction Nationale de la Santé Interculturelle du MSP à ce niveau, la considération des populations indigènes dans le système de santé national, demeure insuffisante. Les systèmes de médecine indigènes traditionnels ne sont toujours pas reconnus de manière adéquate par les autorités, ce qui mène inévitablement à un manque total de coordination entre le système public et ces systèmes traditionnels (HCDH, 2019 ; Herrera *et al.*, 2019 ; MSP, s. d.-a).

Par ailleurs, la marginalisation politique et économique des populations indigènes dans le pays, également héritée de l'histoire coloniale et de l'imposition de la culture occidentale, participe au maintien d'un sentiment d'infériorité, voire d'invisibilité, des populations indigènes et de leurs savoirs. Conséquemment, il n'est pas surprenant que de nombreuses personnes indigènes aient du mal à faire confiance au système hospitalier national (Sarmiento, Zuluaga, *et al.*, 2020 ; Torri, 2013).

1.6.1. Suprématie biomédicale

La médecine traditionnelle constitue un pilier important mais souvent négligé des systèmes de santé dans lesquels elle intervient (Espinell-Jara *et al.*, 2017). En effet, l'OMS estimait en 2018 qu'environ 70 % de la population latinoaméricaine avait recours à la médecine ancestrale pour se soigner (Herrera

López cité dans Romero-Tapias *et al.*, 2022). Néanmoins, l'approche biomédicale est généralement également reconnue comme efficace, et ce y compris par la majorité des populations indigènes du continent latinoaméricain, qui tendent depuis plusieurs années à envisager les deux systèmes comme complémentaires (Torri, 2012). D'ailleurs, les femmes indigènes tolèrent parfois un manque de respect et de considération culturelle lorsqu'elles accouchent en milieu biomédical sous prétexte, d'une part, que les médecins savent ce qu'ils font, et, d'autre part, qu'elles leur seraient hiérarchiquement inférieures, voire dépendantes (Callister *et al.*, 2010)

Les deux approches considérées ici sont en réalité toutes les deux profondément ancrées culturellement et découlent de deux ensembles de connaissances, de cosmovisions, considérablement différents l'un de l'autre (Torri, 2013). Même si la connaissance dite scientifique, au centre de l'approche biomédicale, est généralement perçue comme universelle, progressive, homogène et ahistorique, elle ne peut pas totalement remplacer les ensembles de connaissances traditionnels. Qui plus est, le savoir scientifique, dit basé sur les preuves, est souvent développé dans des conditions incomparables au monde réel, par exemple dans le cas d'expériences en laboratoire, lesquelles écartent généralement toute dimension socio-culturelle, ce qui peut légitimer la remise en question de ses propres principes, tels que la fiabilité et la répliquabilité des résultats (Stehr cité dans Torri, 2013).

Pourtant, la formalisation de médecines traditionnelles et alternatives, notamment dans l'éducation et la formation à leur pratique, suit le plus souvent un modèle occidentalisé, biomédical, et ancre ces médecines dans ce modèle en adaptant ses méthodes et en remplaçant les différentes terminologies utilisées par l'unique biomédicale (Lakshmi *et al.*, 2015). Les processus de certification internationaux, tels qu'établis, par exemple, par l'OMS, tendent à s'inscrire dans ce paradigme en privilégiant des protocoles et pratiques standardisés qui ne correspondent que rarement aux réalités contextuelles (Burgaleta Pérez *et al.*, 2025). Ainsi, au niveau institutionnel, les médecines traditionnelles semblent être considérées comme plus professionnalisées lorsqu'elles suivent le modèle biomédical, ce qui peut notamment s'observer au niveau de l'institutionnalisation des accoucheuses traditionnelles en Équateur, laquelle semble s'être effectuée dans une forte dynamique de subalternité (Paula cité dans Burgaleta Pérez *et al.*, 2025 ; Lakshmi *et al.*, 2015).

En effet, la formation des acteurs, presque inhérente à de tels processus de formalisation et d'institutionnalisation, est quasiment toujours envisagée de manière unidirectionnelle : ce sont les professionnels biomédicaux qui forment les autres praticiens en leur enseignant la terminologie et les méthodes biomédicales, et non l'inverse. De plus, aujourd'hui, la reconnaissance de l'expertise d'un quelconque professionnel de la santé est inextricablement liée à ses qualifications académiques, ce qui met au second plan, lorsqu'ils sont considérés, l'expertise de terrain et les savoirs acquis dans d'autres cadres. La majorité des systèmes médicaux traditionnels sont ainsi souvent extirpés de toute légitimité. Pourtant, la légitimation des différents praticiens, notamment par leur reconnaissance institutionnelle, est fondamentale pour le bon fonctionnement d'un système médical intégré, ce qui, sur papier, est le cas du système public équatorien depuis la constitution de 2008 (Lakshmi *et al.*, 2015 ; Reichert, 2024).

1.6.2. Instrumentalisation de l'interculturalité

Dans les faits, en revanche, l'intégration des modèles indigènes dans le paradigme biomédical telle qu'elle existe aujourd'hui semble participer au maintien de la position dominante de ce dernier. La mobilisation du concept d'interculturalité dans les politiques de santé de l'état équatorien mène en réalité à la dépossession des praticiens non-biomédicaux, tels que les accoucheuses traditionnelles, de leur légitimité au nom de l'inclusion : étant donné que cette dernière se réfère généralement à la formation et la certification de ces praticiens aux pratiques biomédicales, les pratiques indigènes se retrouvent

effectivement soit relayées au second plan, soit altérées pour correspondre aux normes du système biomédical établi (Reichert, 2024).

Même lorsque les accoucheuses traditionnelles sont certifiées, leurs prestations ne sont la plupart du temps aucunement rémunérées (Burgaleta Pérez *et al.*, 2025 ; Reichert, 2024). Dans certains rares cas, elles sont menées à partager leurs connaissances, notamment en matière de remèdes naturels, avec des professionnels du système biomédical. À nouveau, même dans ces cas semblant favoriser une mise à égal des deux domaines et les échanges entre ces derniers, les *parteras* [sage-femmes traditionnelles] ne perçoivent aucune contrepartie. Selon Burgaleta Pérez *et al.* (2025), il s'agit là du reflet de l'appropriation sélective de leurs connaissances, un processus qui contribue à la délégitimation de leur travail et à l'inégalité entre les différents acteurs médicaux.

Par ailleurs, les accoucheuses traditionnelles sont, formellement, autorisées à accompagner leurs patientes dans les infrastructures hospitalières publiques. Pourtant, bien qu'elles y soient tolérées, elles ne jouent souvent qu'un rôle minimal, voire aucun rôle du tout, dans l'attention avant ou durant l'accouchement. Même dans certaines infrastructures ayant aménagé des salles d'accouchement dans l'ambition de s'adapter aux besoins culturels des femmes indigènes, l'inclusion des accoucheuses traditionnelles se limite à un rôle périphérique, voire de spectatrices (Gallegos *et al.*, 2017). Malgré les programmes et politiques publiques en matière de santé interculturelle, le terrain équatorien témoigne donc toujours d'un manque d'horizontalité entre les acteurs, et donc de l'exclusion *de facto* de nombreuses pratiques indigènes du système de santé public du pays (Burgaleta Pérez *et al.*, 2025).

Tout ceci s'inscrit dans ce que Reichert (2024) qualifie d'instrumentalisation du concept d'interculturalité. Dans ce processus d'instrumentalisation, les accoucheuses traditionnelles agissent en tant que face du projet plutôt qu'en tant que réelles actrices, ce que ce même auteur décrit comme leur tokenisation. Il ne s'agit là pas d'un exemple isolé : depuis l'établissement du plan national *buen vivir* [bon vivre] avec la constitution de 2008, le gouvernement s'approprie des concepts indigènes et les codifie à son gré. Dans le cas du *buen vivir*, c'est un objectif de bien-être et d'harmonie corporelle, communautaire et environnementale qui, au nom de l'interculturalité, s'est retrouvé associé à des projets de progrès au caractère capitaliste et extractiviste souvent en opposition frontale avec l'idée originelle du terme et directement nuisibles envers diverses communautés indigènes. Le terme d'interculturalité a suivi la même évolution : originellement au centre de l'activisme indigène, il s'est fait approprier par l'État, qui, au nom du respect, s'en sert pour minimiser l'autonomie et la légitimité d'acteurs traditionnels en les intégrant dans son système tout en les maintenant en marge de celui-ci (Gallegos *et al.*, 2017 ; Mozo González, 2017 ; Reichert, 2024).

La situation équatorienne est, à ce niveau, comparable à celle du Chili. Dans ce dernier, une importante partie des professionnels du monde biomédical se déclarent en faveur de la présence d'acteurs indigènes dans le système de santé, et insistent sur le rôle qu'ils peuvent avoir dans la promotion de leur cosmovision médicale (Pérez *et al.*, 2016). Néanmoins, là aussi, malgré des normes nationales en la matière, l'intégration de ces acteurs dans le système biomédical est limitée à leur tolérance. L'interculturalisme sert encore une fois d'instrument de contrôle et de marginalisation des populations indigènes au nom de leur inclusion (Pérez *et al.*, 2016 ; Torri, 2012).

Toutes ces observations s'inscrivent dans un contexte où la collaboration entre les deux systèmes médicaux paraît donc très limitée, voire inexistante. Pourtant, le travail en collaboration du personnel biomédical et de personnel médical traditionnel est fondamental pour pouvoir offrir des soins de qualité à tous les patients, même, par exemple, lorsque les exigences des femmes indigènes enceintes vont à l'encontre des recommandations du personnel biomédical (Bautista-Valarezo *et al.*, 2021, 2022 ; Carpio-Arias *et al.*, 2022; Hallor *et al.*, 2024). À l'inverse, le scepticisme qui régit la plupart des

interactions entre le personnel hospitalier et les sage-femmes traditionnelles limite la qualité et l'adéquation culturelle des soins octroyés, et peut renforcer des dynamiques d'hostilité entre les différents acteurs, ce qui, en conséquence, renforce le scepticisme initial (Hallor *et al.*, 2024 ; Sarmiento, Paredes-Solis, *et al.*, 2020 ; Sarmiento, Zuluaga, *et al.*, 2020 ; Torri, 2013).

Pour autant, la coexistence des deux systèmes ne se résume pas à une simple opposition, ou un antagonisme frontal, entre le traditionnel et l'occidental. En effet, tous les deux ont le même objectif final, qui est la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale (Burgaleta Pérez *et al.*, 2025). Malgré l'ensemble des dynamiques de domination et de marginalisation décrites ci-dessus, les différentes cosmovisions, et les pratiques qui y sont associées, évoluent en quelque sorte de manière parallèle plutôt que concurrentielle. En réalité, un grand nombre des tensions identifiées n'ont pas leur origine au sein-même du monde médical, mais bien dans les arènes politiques qui le régissent (Lakshmi *et al.*, 2015 ; Torri, 2013).

1.7. Le rôle du personnel hospitalier

L'implémentation de politiques de santé, comme la norme ESAMyN ou les réformes conséquentes à la constitution de 2008, par exemple, dépend fortement des actions du personnel de première ligne, à savoir, dans le cadre considéré ici, le personnel hospitalier. En effet, ce personnel détient le pouvoir d'appliquer ou non les normes ou protocoles qui lui sont imposés. En traduisant les politiques en actions concrètes sur le terrain, il participe en quelque sorte à leur élaboration et se positionne comme décideur *de facto* de leur implémentation (Abril Campos & Reich, 2019). Par ailleurs, c'est également souvent ce personnel qui sera tenu responsable de l'efficacité ou de l'échec d'une réforme (Abril Campos & Reich, 2019 ; Peeters & Campos, 2023).

Contrairement à ce personnel, les personnes à l'origine de réformes médicales sont souvent déconnectées du terrain et peuvent difficilement anticiper la réception de leurs politiques sur celui-ci. En effet, l'implémentation de telles politiques va bien au-delà de ce qui peut être établi et signé dans des bureaux : souvent, il y a lieu de prendre en compte une vaste diversité d'acteurs et de parties prenantes ainsi que des réalités locales extrêmement diverses, surtout dans le cas de politiques de grande échelle et dans un pays interculturel et plurinational comme l'Équateur. Ainsi, il n'est pas rare que le personnel de première ligne adapte les politiques aux réalités du terrain en les modifiant, en les appliquant partiellement, ou en les interprétant d'une certaine manière plutôt qu'une autre, afin de s'adapter au contexte spécifique de son terrain d'activité (Abril Campos & Reich, 2019 ; De Schutter, 2024 ; Peeters & Campos, 2023).

De tels cas peuvent notamment être observés lorsque les règles, pratiques ou procédures imposées sont jugées inutiles, inefficaces, voire contreproductives par le personnel sensé les respecter. Dans des pays aux institutions faibles, ce qui est le cas de nombreux pays en développement comme l'Équateur, cette situation est régulièrement amplifiée par une opacité au niveau de la création des politiques ou par des injonctions ambiguës ou, parfois, contradictoires (Peeters & Campos, 2023). En addition à cela, dans ces contextes, le personnel de terrain fait souvent face à un manque de ressources et des mécanismes de responsabilisation flous, ce qui peut l'encourager à dévier des politiques imposées d'une part pour pallier ledit manque de ressources et, d'autre part, pour essayer de se protéger en faisant en sorte d'atteindre un objectif donné par tous les moyens à sa disposition, même si cela implique le non-respect d'un protocole donné (Peeters & Campos, 2023).

Dans le cadre médical, cet objectif peut parfois simplement se résumer au maintien en vie d'un patient dans une situation critique (Henderson, 2013 ; Peeters & Campos, 2023). Lorsque des protocoles officiels ne répondent pas adéquatement aux besoins d'un patient donné ou à la réalité, au contexte, d'une situation spécifique, c'est au personnel de première ligne qu'il revient de décider, parfois en un

instant, s'il est utile, voire possible, d'appliquer ces protocoles (Henderson, 2013). Qui plus est, parfois, le personnel est mené à suivre des protocoles ou à utiliser des pratiques auxquels il n'a jamais été formé auparavant. Dans ces cas-là, leur application peut être considérée dangereuse par le personnel, qui, généralement, a alors tendance à privilégier sa sécurité et celle des patients plutôt que le respect de règles qu'il considère avant tout comme des lignes directrices théoriques, des recommandations, plutôt que des injonctions strictes (Abril Campos & Reich, 2019 ; Henderson, 2013 ; Peeters & Campos, 2023).

2. MÉTHODOLOGIE

Ce travail s'inscrivant directement à la frontière entre la recherche en sciences sociales et la recherche en santé publique, une combinaison de domaines devenue de plus en plus commune et respectée au cours des dernières décennies (Green & Thorogood, 2006), le processus le plus adapté est sans doute celui de la recherche qualitative (Imbert, 2010). Dans ce sens, plutôt qu'établir une liste des conséquences et faits observés, cette recherche a pour ambition de comprendre les causes et mécanismes sous-jacents au paradoxe identifié. Plus concrètement, l'objectif de ce travail est de mettre en avant la perspective d'une des parties concernées afin de comprendre par quelles logiques elle explique la situation étudiée (Green & Thorogood, 2006).

Une méthode abductive, considérée la plus adaptée à l'étude de réalités empiriques semblablement paradoxales, sera utilisée dans le cadre de cette recherche (Timmermans & Tavory, 2012). Alors que la déduction part d'une théorie à vérifier sur le terrain et que l'induction part d'une observation empirique pour entamer un processus de construction théorique, la démarche abductive part du constat d'une conséquence et cherche à expliquer sa cause en partant d'hypothèses ou de constats tirés du terrain. Il s'agit en quelque sort d'un « juste-milieu » entre les deux autres méthodes, dans la mesure où elle accorde une importance égale aux données empiriques qu'aux connaissances théoriques préexistantes (Thompson, 2022 ; Timmermans & Tavory, 2012). Dans la discussion de nos résultats, il s'agira ainsi de procéder à un processus itératif d'allers-retours entre la théorie, la littérature scientifique, et le terrain afin de, au-delà de produire de simples observations, comprendre les mécanismes et logiques sous-jacentes à celles-ci (Thompson, 2022 ; Timmermans & Tavory, 2012).

2.1. Contexte de la recherche

Plutôt que de détailler l'ensemble du champ de recherche dans lequel il s'inscrit, ce travail a pour ambition l'analyse d'un point de vue spécifique : celui du personnel biomédical. Dans un objectif de représentativité des résultats, et étant donné que nos moyens ne conviennent pas à l'analyse d'un système de santé national dans son entièreté, cette recherche se focalise sur le canton de Quito, dans la province de Pichincha en Équateur. Plus précisément, les entretiens mobilisés dans ce travail ont été menés auprès de médecins actives dans la zone urbaine dudit canton, à savoir la ville de Quito. Pour ces mêmes raisons, seules des médecins travaillant dans des hôpitaux publics, spécifiquement ceux gérés par le MSP, de deuxième ou troisième niveau ont été interviewées. Les entretiens ont tous été menés entre le 30 mars et le 8 avril 2026.

2.2. Collecte des données

L'entretien étant la méthode de récolte de données la plus appropriée et communément utilisée dans le cadre des recherches qualitatives en santé publique (Green & Thorogood, 2006), pour cette recherche, nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de témoins privilégiés. Par définition, ces derniers ont une connaissance empirique de la problématique et du contexte dans lequel s'inscrit le paradoxe identifié, ce qui nous a permis de recueillir des points de vue authentiques sur la situation (Imbert, 2010 ; Van Campenhoudt *et al.*, 2022).

Bien qu'un guide d'entretien avec des questions prédéfinies ait été rédigé, ce guide a servi avant tout de base pour explorer diverses thématiques en lien avec notre recherche. Afin d'obtenir des résultats les plus complets possibles, c'est-à-dire des réponses les plus profondes et détaillées possible, nous avons uniquement posé des questions ouvertes, laissant les interviewées déterminer le type de réponse approprié ainsi que l'importance de chacune d'entre elles en n'imposant aucune limite de temps pour les questions (Green & Thorogood, 2006). Cependant, des raisons techniques liées à l'utilisation de Zoom pour nos réunions ont limité la durée totale de ceux-ci à maximum 40 minutes. Ainsi, la totalité des entretiens mobilisés dans ce travail ont duré entre 27 et 39 minutes.

La totalité des entretiens ont eu lieu en espagnol, langue officielle de l'Équateur. Étant donnée notre maîtrise de la langue, aucun interprète n'a été nécessaire pour leur conduite efficace. Cette utilisation de la langue locale sans intermédiaire constitue une force majeure de notre travail (Green & Thorogood, 2006). Pour faciliter la lecture des résultats tout en maintenant une démarche la plus neutre possible, nous avons traduit toutes les transcriptions d'entretiens, originellement en espagnol, en français à l'aide de l'outil Deepl, suite à quoi nous avons révisé la totalité des traductions en les comparant aux enregistrements audios originaux afin de n'omettre aucune potentielle nuance et d'assurer une traduction sémantiquement égale au message transmis par les interviewées (Thompson, 2022). Ce processus nous a également permis de corriger et améliorer la grammaire et syntaxe des entretiens, toujours en essayant de rester au plus proche des paroles originales (Jonsen *et al.*, Oliver *et al.* cités dans Thompson, 2022).

2.2.1. Choix des interviewées

Pour répondre à nos questions, nous avons décidé de nous tourner vers des témoins privilégiés : des professionnelles de la santé issues du domaine biomédical. Cette catégorie d'interlocuteurs, bien que présentant le risque d'un potentiel manque de recul dû à leur engagement sur le terrain, permet l'accès à une perspective empirique de la problématique étudiée et du contexte dans lequel elle s'inscrit, ce qui fait d'elle une source de données idéale pour un travail qualitatif comme celui-ci (Green & Thorogood, 2006 ; Van Campenhoudt *et al.*, 2022).

Bien que le processus de sélection des témoins ainsi que la sélection des entretiens mobilisés ici se sont faits indépendamment de tout critère de genre, la grande majorité des personnes incluses dans ce travail sont des femmes. En effet, seuls deux entretiens avec des hommes ont été utilisés, contre neuf avec des femmes. Étant donné cette prédominance féminine, il nous a paru plus représentatif de parler de nos témoins au féminin lorsque l'ensemble est concerné. Ainsi, lorsque ce travail mentionne « nos interlocutrices », par exemple, il y a lieu de comprendre l'ensemble des personnes interrogées, et non uniquement les femmes.

2.2.2. Guide d'entretien

Afin d'établir une cohérence entre les différents entretiens, nous avons établi un guide d'entretien au préalable. Celui-ci se trouve en annexe 1 de ce travail. L'objectif étant de comprendre le point de vue des interviewées, ce guide présente avant tout une liste de thèmes à aborder au cours des discussions plutôt qu'une liste fixe de questions, ce qui a permis d'approfondir différents sujets au cours des différents entretiens (Green & Thorogood, 2006 ; Olmos-Vega *et al.*, 2023). Dans ce sens, lorsqu'un sujet paraissait plus important qu'un autre pour une certaine interviewée, nous avons tant que possible essayé de l'encourager à exprimer sa pensée en détail plutôt que de chercher à revenir au plus vite vers le guide prérédigé (Green & Thorogood, 2006 ; Olmos-Vega *et al.*, 2023). Cependant, afin d'assurer une continuité et une fluidité au cours des entretiens, une liste d'idées de questions utiles à l'exploration des thèmes préétablis a également été construite avant les entretiens, ces questions ayant pour objectif de favoriser les réponses ouvertes, voire anecdotiques, plutôt que de simples « oui » et « non » (Green & Thorogood, 2006).

2.2.3. Analyse et interprétation des données

Les entretiens ont systématiquement été transcrits automatiquement par Microsoft Word. Chaque transcription automatique a ensuite été révisée manuellement. En plus de nous permettre de corriger toute potentielle erreur dans la transcription, cette étape nous a également permis d'entamer un premier processus d'analyse des données, dont l'objectif principal était la mise en évidence de thèmes récurrents et de réponses communes entre les différentes interviews (Green & Thorogood, 2006 ; Thompson, 2022).

L'analyse thématique étant l'une des méthodes les plus communes pour l'analyse de données qualitatives telles que des transcriptions d'entretiens (Green & Thorogood, 2006 ; Thompson, 2022), nous avons ensuite effectué plusieurs relectures de ces dernières afin d'identifier des thèmes de plus en plus précis. Notre démarche se voulant abductive, ce processus a été réitéré au minimum trois fois par entretien, à savoir une fois rapidement après la transcription, une seconde fois après sa traduction, et une troisième fois après avoir terminé les deux premiers tours pour l'ensemble des entretiens. Le produit final de ce travail était alors une liste de thèmes récurrents, inévitablement proches des thèmes inscrits dans le guide d'entretien, chacun relié aux extraits et, lorsqu'applicable, aux concepts théoriques qui lui font référence (Thompson, 2022).

2.3. *Considérations éthiques : anonymisation des données*

Afin de préserver l'entièreté du contenu des entretiens et de pouvoir les analyser en profondeur, nous avons décidé de les enregistrer. Afin de répondre à la fois aux normes éthiques des sciences sociales et de la recherche en santé publique, une attention particulière a été portée à l'obtention de l'accord préalable et informé des participantes ainsi qu'à leur confidentialité (Boué *et al.*, 2023 ; Green & Thorogood, 2006). Dans les cas où les interviewées ont refusé l'enregistrement, nous avons tout de même mené les entretiens en suivant la même grille afin d'ouvrir d'éventuelles nouvelles pistes de réflexion et d'investigation, mais ces résultats ne seront pas intégrés de manière formelle à ce travail. Afin de préserver l'anonymat des participantes ayant accepté l'enregistrement de leur entretien et de les encourager à s'exprimer le plus librement possible, compte tenu du caractère potentiellement sensible des données et points de vue partagés, nous avons remplacé leurs noms et prénoms par des prénoms d'emprunt et, dans leurs descriptions et les transcriptions d'entretiens, gardé uniquement les caractéristiques utiles à ce travail et ne suffisant pas à leur identification (Boué *et al.*, 2023 ; Green & Thorogood, 2006). Ce codage, ainsi qu'une brève description des interviewées, sont repris dans le tableau ci-dessous :

Fig. 1. : Tableau de codage.

CODAGE	DESCRIPTION	DATE
Andrea	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	30/03/2026
Beatriz	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	30/03/2026
Carolina	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	01/04/2026
Dolores	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 2 à Quito	02/04/2026
Esme	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	02/04/2026
Fabrice	Gynéco-obstétricien dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	02/04/2026
Greta	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	02/04/2026
Homer	Gynéco-obstétricien dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	03/04/2026
Irene	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 3 à Quito	03/04/2026
Julia	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 2 à Quito	07/04/2026
Kristina	Gynéco-obstétricienne dans un hôpital public de niveau 2 à Quito	08/04/2026

2.4. Limites du travail

Dans une démarche fidèle aux recommandations méthodologiques et éthiques de Lejeune (2019) et Boué *et al.* (2023) respectivement, nous avons essayé d'adopter une posture réflexive tout au long du travail afin de garantir une interprétation fidèle à la fois à nos lectures et aux significations construites par nos interlocutrices lors des entretiens. Malgré nos efforts, étant donné le caractère qualitatif de ce travail, il demeure probable que notre subjectivité ait influencé diverses étapes du processus de recherche (Boué *et al.*, 2023 ; Olmos-Vega *et al.*, 2023), tout comme la reconnaissance des limites décrites ci-après n'annule nullement leur impact sur les résultats.

La première de ces limites réside dans les dynamiques de pouvoir et différences de statut social en jeu durant les entretiens (Green & Thorogood, 2006 ; Imbert, 2010 ; Olmos-Vega *et al.*, 2023). Bien que nous pensions qu'une relation de confiance s'est installée entre nous et nos interlocutrices, le respect que nous avons pour l'autorité médicale dont elles disposent pourrait avoir généré une auto-censure de notre part quant à certaines questions plus profondes ou plus risquées (Boué *et al.*, 2023 ; Van Campenhoudt *et al.*, 2022). Plutôt que d'équilibrer la balance, il est également concevable que notre statut de chercheur ait conditionné les réponses des interviewées (Olmos-Vega *et al.*, 2023). Afin de mitiger l'impact des dynamiques de pouvoir sur les discours recueillis, en accord avec les recommandations de Green & Thorogood (2006), le choix du lieu et de la modalité d'entretien a été laissé aux participantes : toutes ont choisi de réaliser les entretiens en ligne, via la plateforme Zoom, plutôt qu'en présentiel. Cette modalité a permis un choix presque totalement libre du moment et du lieu physique depuis lequel les interviewées souhaitaient échanger avec nous, ce qui a sans doute favorisé leur mise à l'aise et donc leur libre expression (Green & Thorogood, 2006 ; Van Campenhoudt *et al.*, 2022).

Enfin, la seconde limite majeure de ce travail réside sans doute dans son recours à des entretiens qualitatifs comme méthode de collecte de données (Imbert, 2010). En effet, une critique récurrente de l'interview est qu'elle ne permet que de récolter le discours des participants : contrairement à l'observation, elle ne permet pas de mettre en lumière leurs comportements (Green & Thorogood, 2006 ; Handley *et al.*, 2020). Cependant, il s'agit également d'une méthode privilégiée pour la collecte des points de vue des acteurs interviewés, étant donné que leurs comportements peuvent être conditionnés par un ensemble de facteurs et régulations, particulièrement dans le milieu de la santé, et donc être peu révélateurs de leurs pensées (Boué *et al.*, 2023 ; Green & Thorogood, 2006 ; Handley *et al.*, 2020). Bien que la durée limitée de cette recherche et les difficultés d'accès inhérentes au milieu hospitalier n'aient pas permis le développement de relations profondes, qui auraient pu lui constituer un atout scientifique considérable (Olivier de Sardan, Lamarche cités dans Boué *et al.*, 2023, 2023), nous espérons avoir réussi à mitiger ce manque par un travail réflexif constant et une analyse méticuleuse des données collectées (Handley *et al.*, 2020 ; Olmos-Vega *et al.*, 2023).

3. RÉSULTATS

3.1. Barrières linguistiques

L'un des principaux défis identifiés par nos interlocutrices semble résider dans la communication entre le personnel hospitalier et ses patientes indigènes, comme l'indique l'extrait suivant :

« la langue est vraiment l'un des plus grands défis. Bien sûr, en matière d'interculturalité, nous avons, au sein de notre pays, un accord ministériel signé et mis en œuvre. Celui-ci suggère que nous devons revoir notre façon de communiquer, et idéalement, avoir un interprète serait la solution idéale. Mais souvent, la langue complique les choses pour nous, et c'est là l'un des défis. » (Dolores, Annexe 5, 00:08:47)

« Les femmes choisissent donc d'accoucher à domicile ; elles ne veulent pas aller au centre de santé à cause de la barrière de la langue, car on ne leur y permet pas de pratiquer leur culture. » (Dolores, Annexe 5, 00:14:42)

D'emblée, une discordance entre la politique publique, incarnée ici par un accord ministériel, et la réalité du terrain est identifiée. Le premier extrait est représentatif du discours de plusieurs de nos interlocutrices en ce qu'il montre à la fois la connaissance d'une solution par les actrices de terrain, à savoir le recours à un interprète, et la reconnaissance de la non-application de cette solution. Le deuxième extrait, quant à lui, témoigne d'une considération des conséquences de cette barrière par notre interlocutrice : selon elle, la barrière de la langue est un frein direct pour le recours aux institutions hospitalières par certaines mères en devenir. Cependant, il ne s'agit là pas d'une généralité. Une minorité de nos interlocutrices ont plutôt minimisé, voire nié ce problème :

« Oui, durant tout le temps que j'ai travaillé en maternité, nous n'avons eu qu'un seul problème de communication avec une patiente. Cependant, cette difficulté a été surmontée grâce au soutien d'un membre de la famille de la patiente » (Homer, Annexe 9, 00:03:27)

« les peuples autochtones, comparés à nous autres métis, ont un grand avantage : ils sont bilingues ; ils parlent le kichwa et l'espagnol. Nous ne parlons pas le kichwa. Alors, bien sûr, aujourd'hui ils parlent espagnol et en termes de communication, nous n'avons aucun problème » (Irene, Annexe 10, 00:02:40)

Deux explications pourraient être trouvées à cette perspective : soit ces interlocutrices n'ont réellement pas rencontré de difficultés considérables au niveau de la communication avec des patientes indigènes, ces dernières maîtrisant potentiellement l'espagnol du fait de leur situation en milieu urbain, soit elles ont rencontré cet obstacle sans s'en rendre compte. Il est, par exemple, imaginable qu'un biais cognitif les mène à confondre leur capacité à parler et la capacité des patientes à les comprendre. Par ailleurs, même si la langue en tant que telle pourrait ne pas poser de problème, certaines interlocutrices insistent sur une autre dimension de la communication :

« Notre communication doit se faire dans le langage le plus simple possible, car si nous utilisons des termes trop techniques, le patient ne nous comprendra pas. » (Julia, Annexe 11, 00:02:27)

Ici, c'est plutôt le jargon médical qui est considéré comme barrière linguistique. La communication interculturelle ne se limite ainsi pas à une simple traduction. La complexité des thèmes en question exige une vulgarisation constante. Contrairement à l'idée, suggérée plus haut, que la simple intervention d'un interprète permettrait de surmonter les barrières de communication (Homer, Annexe 9, 00:03:27), certaines estiment plutôt que cet intermédiaire présente un risque par rapport à la compréhension des termes médicaux :

« le fait de ne pas pouvoir communiquer directement avec la mère est un peu problématique. Parce que parfois nous nous fions à un membre de la famille, généralement le mari ou un proche parent, mais parfois, comme ils ne comprennent pas l'aspect médical, nous ne savons pas s'ils lui expliquent les choses telles qu'elles sont réellement. » (Beatriz, Annexe 3, 00:14:34)

C'est depuis cette perspective qu'une de nos interlocutrices explique certaines solutions qu'elle a développées sur le terrain au fil de son expérience :

« Ce n'est pas tant une question de langue, mais bien sûr, ce serait plus facile si nous parlions la même langue. Mais tant pis. Il est difficile de leur expliquer une ordonnance, par exemple, ou les précautions à prendre [...]. Il est un peu difficile de transmettre l'information de manière à ce que les femmes sans éducation puissent la comprendre. » (Kristina, Annexe 12, 00:05:35)

« Alors, j'essaie de leur faire expliquer ce qu'elles ont compris de ce que je leur ai dit. Alors, par exemple, je lui dis : 'D'accord, tu devrais prendre, disons, le comprimé le matin et le soir, d'accord ?' Alors, je cherche à ce qu'elles me l'expliquent ou me répètent ce que je leur ai dit. Si elle ne me comprend pas, je

suis même allée jusqu'à lui faire des dessins, à lui parler, je ne sais pas, du soleil, de la nuit, quelque chose comme ça, pour qu'elle me comprenne. » (Kristina, Annexe 12, 00:06:55)

Dans ce second cas, notre interlocutrice démontre une volonté de communiquer efficacement avec ses patientes. Plutôt que de se limiter à délivrer une ordonnance ou à donner des explications dans sa langue, elle cherche activement à vérifier la compréhension desdites explications par sa patiente. Selon les extraits ci-dessus, il semble par ailleurs qu'en plus de la langue, cette interlocutrice est elle aussi consciente des autres freins à la communication, évoquant en l'occurrence le manque d'éducation de certaines de ses patientes. Elle comble alors l'absence apparente de structures ou protocoles officiels par ses propres moyens, en ayant recours à des dessins, des métaphores ou en faisant allusion à des concepts simples comme le lever ou le coucher du soleil.

3.2. Conflit culturel

Au-delà des différences linguistiques et du conflit en matière de communication, un conflit au niveau culturel est également mis en avant par certaines interlocutrices, comme indiqué explicitement dans l'extrait suivant.

« Je crois que l'un des défis que les grands hôpitaux n'ont malheureusement pas relevés est précisément celui de s'adapter à leur pertinence culturelle. Car lorsqu'elles arrivent ici, il s'agit déjà de grossesses compliquées. [...] leur état grave, prédomine. » (Greta, Annexe 8, 00:06:02)

Il serait ainsi impossible pour des hôpitaux de niveaux deux et trois de s'adapter aux besoins culturels de nombreuses patientes indigènes étant donné que la majorité de ces dernières se rendant dans ces hôpitaux présenterait déjà des complications, ou, du moins, une situation relativement complexe. Dans ces cas-là, la priorité du personnel biomédical est la santé physique des patientes, au détriment éventuel des considérations culturelles :

« face à des cas complexes, nous nous efforçons uniquement de préserver la vie de la mère et de l'enfant. » (Homer, Annexe 9, 00:06:49)

Dans certains cas, cela génère des désaccords, voire des conflits entre le personnel hospitalier et les patientes indigènes, comme le mentionnent notamment ces interlocutrices :

« L'une des principales difficultés réside dans le fait que, du fait également de leur contexte culturel, elles ne souhaitent pas de césarienne même en cas d'indication médicale. » (Greta, Annexe 8, 00:09:30)

« et parfois, pour une raison ou une autre, [...] nous devons alors pratiquer une césarienne, n'est-ce pas ? Et c'est là que parfois, il y a des désaccords entre eux et nous, et ils disent 'non, je ne veux pas de césarienne' [...]. C'est là que se pose notre plus gros obstacle, car ils considèrent la chirurgie comme contre nature, mais finalement nous parvenons à dialoguer » (Irene, Annexe 10, 00:04:18)

Selon ces médecins, il s'agit dans ces situations d'expliquer la nécessité d'une intervention donnée à la patiente concernée afin qu'elle comprenne son utilité et, finalement, l'accepte. Cependant, des conflits surgissent aussi dans l'autre sens : dans de nombreux cas, ce sont les patientes qui suggèrent ou désirent faire quelque chose de spécifique et qui se confrontent à un éventuel refus de la part du personnel hospitalier :

« dans le cas de la patiente autochtone, eh bien elle souhaite généralement être accompagnée de plusieurs personnes, c'est-à-dire non pas d'une seule, mais de deux ou trois. [...] Donc c'est là que surgit un conflit avec le professionnel qui n'est pas formé pour prendre en charge les patients autochtones » (Julia, Annexe 11, 00:02:27)

« je ne peux pas l'autoriser à entrer avec ses vêtements sales, car elle n'est pas la seule à venir, j'ai d'autres patients qui vont arriver, donc cela ne peut pas interférer avec mes soins. Bien sûr, je ne refuse

pas les soins à la patiente, je ne lui refuse pas l'accès au service, mais cela crée un conflit car elle ne peut pas entrer avec des vêtements sales. » (Kristina, Annexe 12, 00:09:38)

« Elles souhaitent boire quelque chose pour améliorer les contractions, par exemple de l'eau à la cannelle ou une tisane. Mais nous ne recommandons pas vraiment cette consommation car nous avons constaté que [...] cela entrave considérablement le processus normal de l'accouchement et empêche le fœtus de respirer à chaque contraction. » (Irene, Annexe 10, 00:14:28)

Si ces interlocutrices expliquent toutes une confrontation d'un désir ou d'une attente d'une patiente à un refus de la part du personnel médical, elles diffèrent néanmoins dans l'explication qu'elles donnent pour ce refus. Dans la première instance, il semble s'agir avant tout d'une question d'habitude et d'absence de formation ou de sensibilisation : aucune explication médicale n'est donnée pour expliquer un refus potentiel des accompagnants d'une patiente. Le second extrait, quant à lui, explique un conflit au niveau de l'hygiène : il semblerait que la patiente dont il est question connaisse d'autres normes hygiéniques que celles de l'hôpital. Enfin, la troisième interlocutrice donne une explication médicale au refus de certaines pratiques. Dans ce dernier cas, plus que dans les deux autres, le conflit prend ses racines dans la confrontation de deux formes de savoir différentes, en l'occurrence les connaissances et pratiques traditionnelles des indigènes d'un côté et, de l'autre, les observations empiriques du personnel formé selon les standards biomédicaux occidentaux.

3.3. Inadéquation des infrastructures hospitalières

L'inadéquation culturelle s'applique aussi aux infrastructures hospitalières, comme sous-entendu ici :

« Lorsque nous entrons dans une salle d'opération, il était évident que la culture indigène assimilait la blancheur à la mort, et ainsi, des murs blancs, alors que dans leur culture, ils cherchent plutôt quelque chose de mat, de brun, quelque chose d'un peu sombre. » (Dolores, Annexe 5, 00:14:42)

D'une certaine manière, cela décrit une forme d'universalisme des infrastructures en question. L'importance culturelle de la couleur des murs, en l'occurrence, est bien connue, mais la salle d'opération n'en tient pas compte. Outre des conflits symboliques, les infrastructures standardisées du modèle biomédical peuvent aussi être source directe d'une méfiance de la part de certaines patientes de culture différente. L'une de nos interlocutrices évoque l'anecdote suivante :

« Je me souviens d'une jeune fille indigène qui avait très peur, même de nous voir avec des masques, dans un environnement qui lui est inconnu. Peut-être n'avait-elle jamais vu de civière auparavant, et la position gynécologique de lithotomie l'effrayait. Puis, je me souviens qu'elle est descendue de la civière, s'est jetée à terre et s'est glissée dessous. [...] alors ce que nous avons fait, c'est essayer de la calmer, nous avons disposé les champs opératoires au sol » (Andrea, Annexe 2, 00:10:07)

En plus de présenter les infrastructures hospitalières comme une source de stress et de méfiance pour la patiente, cet extrait démontre également la disposition du personnel à s'adapter à cette méfiance. Cependant, la solution trouvée ici, à savoir de traiter la patiente à même le sol, semble être une solution d'urgence plutôt qu'une réponse institutionnalisable au conflit culturel. Par ailleurs, une autre médecin met en avant les limites pratiques de ce type de solution :

« Si une patiente souhaite accoucher dans certaines positions, disons à quatre pattes, n'est-ce pas, cela signifie que je dois maintenant m'agenouiller par terre pour attendre le moment de l'accouchement, et dans cette position, confortable pour elle mais inconfortable pour moi, je dois attendre et m'occuper d'elle. » (Carolina, Annexe 4, 00:15:32)

Bien que cet extrait fasse référence à une position délibérément choisie par la patiente plutôt qu'une réaction spontanée comme dans l'extrait précédent, lui aussi semble indiquer que, à défaut d'un système de santé culturellement adapté à toutes ses patientes, le personnel hospitalier finit parfois par sacrifier son propre confort et s'écarter des protocoles afin de pouvoir s'occuper d'elles.

3.4. Résistance du personnel biomédical

Dans d'autres cas, il peut néanmoins arriver que ce même personnel de formation biomédicale refuse catégoriquement de s'adapter à ses patientes. :

« Il y a beaucoup d'informations, cependant, le plus simple est de dire 'je ne veux pas' et c'est tout, 'je soulève la patiente, je lui mets les jambes en l'air et je le fais.' Là où j'ai le contrôle, il me semble que les deux choses qui nous influencent à agir sont, d'une part, le refus de quitter notre trône de médecin, le désir, la conviction que nous détenons toutes les réponses » (Dolores, Annexe 5, 00:27:09)

Selon cette interlocutrice, il n'est pas rare que des médecins pensent tout savoir et, par conséquent, refusent de considérer toute approche différente de la leur. Depuis cette perspective, une forme d'arrogance médicale serait la cause directe de l'exclusion des connaissances et pratiques indigènes dans des environnements biomédicaux. Qui plus est, au-delà du refus du dialogue, cette médecin dénonce des faits de violence obstétricale comme conséquences directes de cette posture. Selon cette même interlocutrice, cette arrogance prend ses racines dès la formation des médecins :

« cette fierté professionnelle que l'on a de se dire : 'Je suis le spécialiste, j'ai étudié, je sais, j'ai lu le dernier article.' » (Dolores, Annexe 5, 00:26:03)

La formation académique du personnel hospitalier créerait ainsi une sorte de barrière identitaire où l'identité médicale est définie exclusivement par l'étude de la science occidentale : le statut de spécialiste est lié au fait d'avoir étudié ou d'avoir lu un article et ne prend pas en compte d'éventuels savoirs transmis par voie orale. Cependant, alors que cette fierté du personnel biomédical est présentée comme une généralité, la plupart de nos interlocutrices en semblaient conscientes et critiques à son égard, comme l'illustre cet extrait :

« Nous, les médecins, devrions absolument descendre de ce piédestal ou de ce patriarcat, si on peut même l'appeler ainsi, n'est-ce pas ? Et pour nous mettre, non pas comme, je ne sais pas, le patriarcat, mais au niveau du patient. Je crois que cela changerait aussi considérablement la façon dont les soins sont dispensés dans notre système de santé. » (Kristina, Annexe 12, 00:28:23)

En plus de reconnaître l'arrogance médicale, cette interlocutrice la qualifie de sorte de patriarcat. Comme la précédente, elle fait ainsi allusion à des dynamiques potentiellement violentes, où la protection du pouvoir médical apparaît comme centrale. Plus qu'une question d'inclusion et de respect culturel, ces dynamiques sont révélatrices d'un système autorisant des abus flagrants de l'autorité médicale, comme le met en évidence une autre interlocutrice :

« Je pense que le système de santé public de mon pays a été historiquement reconnu à maintes reprises comme agressif envers le patient, [...] mais je peux aussi reconnaître qu'il y a un changement générationnel chez les médecins » (Carolina, Annexe 4, 00:05:07)

Alors que l'interlocutrice précédente plaidait la nécessité d'un changement quant aux dynamiques en question, celle-ci estime que ce changement est déjà en cours. Selon son point de vue, le blocage résiderait donc avant tout dans une résistance générationnelle. Ce point de vue est partagé par plusieurs de nos interlocutrices, dont la suivante :

« si une personne est déjà bien ancrée dans ses convictions, il lui est très difficile de vouloir changer. Très peu de gens disent réellement non, c'est important et donc les choses doivent changer, mais si cela leur est inculqué dès leur plus jeune âge, ils sont déjà conditionnés ainsi » (Kristina, Annexe 12, 00:31:56)

La résistance générationnelle quant à l'adoption des pratiques et connaissances ancestrales indigènes n'est selon elle pas un choix conscient des médecins, mais plutôt le résultat d'une forme de conditionnement. Il n'est pas clair si ce conditionnement est ici envisagé depuis leur formation ou depuis un angle plus large, par exemple sociétal, mais son importance est de toute évidence identifiée comme

supérieure à celle de la volonté individuelle. Dans cette optique, une de nos interlocutrices évoque l'indispensabilité d'un désapprentissage pour adopter les pratiques indigènes :

« je pense que nous, gynécologues et obstétriciens, devons désapprendre beaucoup de choses et les réapprendre. L'un des avantages est qu'il n'est pas nécessaire d'être autochtone. Mais il a été démontré que les pratiques autochtones, les pratiques culturelles, aident indéniablement lors de l'accouchement. » (Greta, Annexe 8, 00:19:34)

Néanmoins, même si cette interlocutrice admet l'utilité de l'intégration des pratiques traditionnelles dans le système de santé biomédical, elle se justifie en s'appuyant sur le fait que leur utilité a été démontrée préalablement. Cette approche est partagée par d'autres médecins, dont le suivant :

« il est scientifiquement prouvé que les massages, la marche et la présence de membres de la famille diminuent la durée de l'accouchement et réduisent la perception de la douleur chez les patientes. » (Homer, Annexe 9, 00:12:39)

Dès lors, le raisonnement de ces acteurs ne semble pas partir des besoins, attentes ou préférences culturelles des patientes et du respect de celles-ci, ou du moins pas uniquement, mais plutôt d'un point de vue pragmatique dans lequel le facteur d'adoption ou non d'une pratique donnée réside dans son utilité médicale et dans la preuve scientifique de cette utilité. Cette perspective est critiquée par une autre interlocutrice :

« Je pense que le plus grand défi est de parvenir à instaurer un dialogue, car j'ai aussi l'impression que chacun parle dans son propre intérêt. Ce que je vous dis, à propos du repli sur soi croissant vis-à-vis de la médecine fondée sur les preuves, témoigne d'un manque d'ouverture [...], mais je crois qu'il y a un manque de flexibilité des deux côtés » (Esme, Annexe 6, 00:37:15)

Selon elle, la priorité du personnel biomédical serait dès lors d'identifier les pratiques qui peuvent lui être utiles à lui-même, plutôt qu'à ses patientes. Comme l'extrait précédent, elle reconnaît la centralité accordée aux preuves médicales au détriment des connaissances indigènes transmises de génération en génération. Toutefois, cette médecin indique aussi que le manque d'ouverture n'est pas présent que chez les professionnels du domaine biomédical, mais également du côté indigène. Ainsi, selon elle, plutôt que de l'intégration d'un système dans l'autre, il s'agirait de viser une dynamique horizontale, où les deux domaines co-existent et interagissent activement.

3.5. Hiérarchisation des cosmologies

Malgré ce qui ressemble à une disposition à la remise en question, la majorité de nos interlocutrices semble maintenir le modèle biomédical dans une position hiérarchiquement supérieure à tout paradigme alternatif. Elles expliquent que dans les hôpitaux dans lesquels elles sont actives, qui sont donc de deuxième et troisième niveau d'attention, la complexité des cas traités a tendance à compliquer le respect culturel :

« les patientes qui arrivent dans nos hôpitaux sont des patientes très complexes qui doivent subir des interventions invasives. Il nous est donc très difficile d'appliquer certains traitements à ces patients dans des situations assez complexes en respectant des protocoles culturels » (Esme, Annexe 6, 00:32:59)

« Et cette norme ESAMyN [...] on essaie de le faire, mais la population que nous avons en matière de risques faibles est assez limitée. » (Andrea 00:19:17)

La formulation choisie dans le premier extrait semble suggérer une incompatibilité intrinsèque des protocoles culturels avec les biomédicaux. Selon ces deux interlocutrices, l'interculturalité ne serait ainsi applicable que dans le cadre de soins primaires, à faible risque, et pas aux situations plus compliquées. Par ailleurs, l'attention n'est ici plus portée sur la priorité donnée à un domaine ou à un autre, mais plutôt

sur l'applicabilité empirique de normes non-biomédicales dans un environnement hospitalier, comme l'indique également un autre interlocuteur :

« en raison de la complexité et de la gravité de la situation, par exemple, il est extrêmement complexe de laisser entrer un membre de la famille ou de bénéficier de pratiques ancestrales au sein d'une unité de soins intensifs. » (Homer, Annexe 9, 00:10:34)

Cet exemple montre l'opposition claire entre deux paradigmes normatifs : alors que les cultures indigènes prévoient que la femme soit accompagnée durant son accouchement, les normes biomédicales interdisent cela dans certains cas. À nouveau, le respect des protocoles biomédicaux au détriment des protocoles culturels peut témoigner de la supériorité hiérarchique accordée à un paradigme sur l'autre. Pour autant, la validité des connaissances ancestrales n'est pas toujours, voire presque jamais, explicitement rejetée. Parfois, elle est même explicitement reconnue et mise en avant :

« Il y aura toujours quelque chose à apprendre, car la science n'a pas tout dit, car l'expérience est parfois la meilleure solution. Je pense donc que, des deux côtés, il faut évidemment se préparer sur le plan académique, scientifique et en s'appuyant sur les preuves elles-mêmes, mais l'expérience acquise tout au long de leur vie est également très précieuse » (Andrea, Annexe 2, 00:30:41)

Aux côtés de l'omniprésente importance du biomédical, cet extrait présente celle des savoirs indigènes en évoquant qu'eux aussi sont basés sur l'expérience, et donc, implicitement, sur certaines preuves. Cependant, cette mise à égal de l'expérience de vie, sur laquelle semblent se baser les savoirs et pratiques indigènes, et des pratiques et connaissances biomédicales, basées sur le modèle scientifique occidental, semble rester une vision optimiste et théorique. Comme l'indiquent les trois extraits antérieurs au précédent ainsi que le suivant, dans la réalité, nos interlocutrices admettent que les principes d'interculturalité sont souvent secondaires aux protocoles biomédicaux en place :

« Je pense donc que lorsque nous parlons d'interculturalité, nous partons du principe qu'elle existe dans un monde parfait et qu'elle devrait être partout, alors que personnellement, je crois que ce n'est pas le cas. » (Greta, Annexe 8, 00:25:18)

3.6. Appropriation sélective des pratiques et actrices traditionnelles

Par ailleurs, dans les cas où des pratiques traditionnelles sont intégrées dans le domaine biomédical, ce n'est souvent pas le résultat d'un raisonnement individuel, mais plutôt le fruit d'une standardisation institutionnalisée de ces pratiques :

« Ces cinq dernières années, les choses ont peut-être beaucoup changé, car nous avons maintenant standardisé la pratique de l'ESAMyN et, de ce fait, certaines choses sont désormais acceptées [...] le fait que les patientes puissent choisir librement leur position d'accouchement » (Beatriz, Annexe 3, 00:06:49)

Le mode d'accouchement indigène n'est pas intégré volontairement par le personnel pour sa valeur culturelle intrinsèque ou par respect pour la mère, mais bien parce qu'il a été imposé à l'institution. D'autres médecins, comme indiqué plus haut, rappellent que, outre les directives institutionnelles, l'acceptation d'une pratique traditionnelle par le personnel, et donc son intégration dans les pratiques de ce dernier, dépend de sa validité scientifique :

« Ce que fait la sage-femme, c'est nous apprendre la technique, et on la relationne à l'aspect scientifique. » (Julia, Annexe 11, 00:10:09)

Le processus observé semble ainsi en être un d'appropriation sélective. Même si l'expérience de la sage-femme est prise en considération, ses pratiques ne sont acceptées que si elles peuvent être validées scientifiquement. Plutôt que des sources légitimes de savoir à part entière, les sage-femmes sont donc envisagées comme des sources d'idées qui devront être évaluées selon les critères du modèle biomédical

avant de potentiellement y être intégrées. Certains médecins expriment d'ailleurs assez explicitement une méfiance envers ces actrices, soulignant leur incompétence face à certaines situations :

« je dis aux parteras que si elles m'amènent le patient, c'est parce qu'il se passe quelque chose et que nous devons agir, et elles, elles ne vont pas plus loin... Autrement dit, nous devons fixer une limite. » (Fabrice, Annexe 7, 00:06:38)

L'appropriation et l'intégration des *parteras* et des pratiques traditionnelles indigènes a donc des limites claires : dès qu'un doute ou un risque est perçu, elles sont écartées au profit du paradigme biomédical, qui semble bel et bien détenir l'autorité finale dans les hôpitaux considérés. Toutefois, une certaine utilité est quand même reconnue aux sage-femmes par la plupart des médecins interrogées :

« une patiente autochtone ne va pas venir de son plein gré à l'hôpital de niveau tertiaire pour accoucher, mais peut-être avec des sage-femmes » (Esme, Annexe 6, 00:32:59)

« Oui, je pense qu'elles sont très importantes au niveau des soins primaires [...] dans les zones rurales, où nous n'y avons pas facilement accès. » (Fabrice, Annexe 7, 00:09:25)

« plus nous les formons et plus nous les intégrons dans les institutions, meilleurs seront les résultats [...], car il faut aussi tenir compte du fait que pour les patients autochtones, si l'on n'a pas cet intermédiaire [...], les choses pourraient mal se passer. » (Greta, Annexe 8, 00:11:54)

Dans ces exemples, les rôles de médiatrices et de points de contact en zones isolées leur sont attribués. Une importance leur est donc reconnue aux niveaux géographique et social. Néanmoins, avant de plaider pour leur intégration dans le système hospitalier, l'interlocutrice du troisième extrait évoque la nécessité de former les sage-femmes afin de réellement capitaliser sur leur statut et expérience. Cette même interlocutrice explique par ailleurs une limite par rapport à ce processus d'intégration :

« les sage-femmes ne sont pas considérées comme des employées du secteur public ou des soignantes et ne perçoivent pas un salaire, mais reçoivent plutôt une prime. Mais cela signifie qu'elles n'ont aucune responsabilité au niveau hospitalier. Donc, si quelque chose arrive, vous n'êtes responsable ni du bien ni du mal. » (Greta, Annexe 8, 00:17:59)

L'absence de salaire pour les sage-femmes indique une intégration à bas coût pour l'État dont la conséquence est la décharge de la responsabilité légale de ces actrices. Bien qu'officiellement accepté et pris en compte, tant soit-il dans une mesure limitée, le travail des sage-femmes n'est donc pas réellement valorisé au-delà de son intégration apparemment superficielle :

« Dans le système de santé équatorien, les pratiques interculturelles sont donc obligatoires et généralisées. Certains l'utilisent comme décoration pour que les autorités ne les embêtent pas avec le respect de la réglementation, et d'autres le font réellement » (Greta, Annexe 8, 00:25:18)

Plutôt que dans une véritable démarche d'inclusivité des soins, l'interculturalité semble ainsi faire partie d'une démarche de conformité administrative. L'utilisation explicite du mot « décoration » renforce la théorie d'une inclusion principalement superficielle.

3.7. Simplification conceptuelle

En plus de cette superficialité, la notion d'interculturalité est sujette à une réduction sémantique importante par certaines de nos interlocutrices :

« Pour moi, la santé interculturelle se traduit par le respect, absolument. » (Carolina, Annexe 4, 00:34:16)

« Si je devais la définir, pour moi, la santé interculturelle, ce sont des soins dignes, prodigués en temps opportun et de qualité, avec de la chaleur humaine pour tous les individus, quelle que soit leur origine

ethnique, oui, et encore plus pour ceux qui sont d'une race différente de la nôtre, oui, en respectant les coutumes, les habitudes et tout notre héritage ancestral » (Irene, Annexe 10, 00:21:51)

« nous devrions être plus humains, plus empathiques [...]. Il suffit donc de garantir un système de santé plus humain, et nous ferons beaucoup pour ces personnes » (Homer, Annexe 9, 00:18:58)

Dans ce premier extrait, la notion de santé interculturelle est égalisée à celle du respect. Cette réduction écarte la complexité politique et les aspects médicaux de la notion en la résumant en quelque sorte à une simple valeur morale. Bien que le second extrait mentionne l'héritage ancestral et insiste sur l'aspect culturel, lui aussi ne le fait que pour indiquer le respect qui leur serait dû. Par ailleurs, l'extrait met la santé interculturelle en parallèle avec la notion de chaleur humaine. Sous cette forme, la notion d'interculturalité est à nouveau dépourvue de ses revendications politiques et insérée dans une simple idée de gentillesse ou, comme dans le troisième extrait, d'empathie. Cette approche n'est pas une exception parmi nos interlocutrices :

« dans le cadre de ces réformes, on parle d'accouchement humanisé, d'accouchement culturel » (Homer, Annexe 9, 00:05:28)

Celui-ci, par exemple, fait un lien clair entre le caractère humain et culturel des soins. Le « culturel » devient synonyme de « l'humanisé », ce qui affaiblit directement l'étendue conceptuelle du premier. Qui plus est, comme beaucoup, cet interlocuteur se repose en grande partie sur l'accouchement humanisé, en position verticale, pour démontrer le respect de protocoles interculturels dans l'hôpital dans lequel il travaille. De cette manière, les notions de culture et d'interculturalité, voire l'ensemble des cultures et cosmovisions médicales indigènes se retrouvent réduites à un unique geste technique. Dans l'autre sens, ce geste technique est ensuite présenté comme une méthode « humanisée » universelle, la détachant de son ancrage culturel, de ses potentielles implications médicales, et, à nouveau, de toutes ses implications politiques et sociales.

4. DISCUSSION

4.1. Hiérarchisation et instrumentalisation

L'un des résultats principaux de ce travail est sans doute la mise en évidence de la hiérarchisation des cosmovisions médicales présentes sur le terrain équatorien. L'un des effets les plus explicites de cette hiérarchisation est la relégation des considérations interculturelles au niveau unique des soins primaires (Fabrice, Annexe 7, 00:09:25). Presque toutes les professionnelles interrogées estiment en effet que dans les hôpitaux de niveaux deux et trois, il est difficile, voire, parfois, impossible, de prendre en compte les implications culturelles du traitement d'une patiente. Selon elles, les complications, plus courantes dans ces hôpitaux que dans les centres de premier niveau, justifient la priorisation exclusive des procédures biomédicales et donc l'exclusion des pratiques ancestrales (Fabrice, Annexe 7, 00:06:38 ; Greta, Annexe 8, 00:06:02 ; Homer, Annexe 9, 00:06:49). Ce point de vue opérationnel concorde avec la marginalisation politique des populations indigènes, et donc de leurs savoirs ancestraux, observée à l'échelle nationale (Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; HCDH, 2019 ; Herrera *et al.*, 2019). Il semble ainsi qu'un certain manque d'encadrement et de coordination au niveau institutionnel, volontaire ou non, accorde au personnel hospitalier, biomédical, un rôle à la fois de juge de la pertinence culturelle et d'exécuteur des politiques et pratiques qui y sont liées. De cette manière, dans les situations critiques, la culture indigène est presque systématiquement invisibilisée au profit de la cosmovision occidentale.

Cette priorisation des protocoles biomédicaux témoigne de la suprématie structurelle accordée à ce modèle. Les principes d'interculturalité sont clairement présentés comme secondaires face aux normes en place par de nombreuses interlocutrices (Andrea, Annexe 2, 00:19:17 ; Esme, Annexe 6, 00:32:59 ; Greta, Annexe 8, 00:25:18 ; Homer, Annexe 9, 00:10:34). Combinée avec la marginalisation historique

des populations indigènes latinoaméricaines, cette imposition de la culture occidentale participe à la génération d'un sentiment d'infériorité systématique chez ces populations (Sarmiento, Zuluaga, *et al.*, 2020 ; Torri, 2013). Pourtant, alors que le personnel hospitalier suggère parfois une incompatibilité des deux cosmovisions (Esme, Annexe 6, 00:32:59 ; Irene, Annexe 10, 00:14:28 ; Kristina, Annexe 12, 00:09:38), une perspective partagée par plusieurs populations indigènes du continent, ces dernières semblent généralement considérer qu'il demeure malgré tout pertinent de les combiner, au risque de devoir endurer un manque de respect culturel (Callister *et al.*, 2010 ; Sarmiento, Zuluaga, *et al.*, 2020 ; Torri, 2012).

Alors que les médecines ancestrales sont constamment sujettes à débat, le modèle biomédical ne semble jamais être remis en question, et ce sont toujours les praticiens de ce modèle qui ont le dernier mot. Y compris dans les tentatives d'application du principe d'interculturalité, cela mène alors à une appropriation sélective des pratiques indigènes : dès qu'elles entrent en conflit avec les normes biomédicales auxquelles le personnel hospitalier est habitué, elles sont immédiatement rejetées (Fabrice, Annexe 7, 00:06:38 ; Irene, Annexe 10, 00:14:28). De la même manière, les pratiques traditionnelles ne sont que très rarement, voire jamais, acceptées pour leur valeur intrinsèque, mais uniquement une fois qu'elles ont été traduites et validées par l'approche biomédicale (Julia, Annexe 11, 00:10:09). En conséquence directe de ce processus, les pratiques indigènes et leurs praticiens, dont, dans le cadre des soins obstétricaux, les sage-femmes traditionnelles, n'ont aucune chance de démontrer leur légitimité si ce n'est en se soumettant aux injonctions et aux normes du système occidental, biomédical, dominant (Greta, Annexe 8, 00:11:54 ; Reichert, 2024).

En effet, pour pouvoir entrer dans le système médical public équatorien, même lorsque l'utilité de leurs pratiques est démontrée scientifiquement, les acteurs traditionnels tels que les *parteras* doivent apprendre et adopter les normes et pratiques du système occidental (Burgaleta Pérez *et al.*, 2025 ; Homer, Annexe 9, 00:12:39 ; Lakshmi *et al.*, 2015 ; Reichert, 2024). Pourtant, plusieurs de nos interlocutrices, professionnelles du domaine biomédical, se disent ouvertes à apprendre de la part de ces accoucheuses traditionnelles (Andrea, Annexe 2, 00:30:41 ; Greta, Annexe 8, 00:11:54 ; Julia, Annexe 11, 00:10:09), ce qui pourrait favoriser fortement une progression vers système de santé réellement interculturel (Aguilar Peña *et al.*, 2020 ; Alonso-Palacio *et al.*, 2017 ; Mignone *et al.* cités dans Herrera *et al.*, 2019). Néanmoins, dans les faits, la scientificité telle qu'envisagée par le modèle occidental demeure aujourd'hui dominante, tant dans les discours qu'en pratique.

Qui plus est, l'interculturalité est parfois réduite à une obligation réglementaire (Beatriz, Annexe 3, 00:06:49 ; Greta, Annexe 8, 00:25:18) et, plus souvent, totalement vidée de son sens. Pour beaucoup, elle peut être réduite à une idée de respect des patientes (Carolina, Annexe 4, 00:34:16 ; Homer, Annexe 9, 00:18:58 ; Irene, Annexe 10, 00:21:51). Cette observation est confirmée par celles de Gallegos *et al.* (2017) et Reichert (2024). Ensemble, elles mettent en évidence la dépolitisation de la notion d'une part, et, d'autre part, son instrumentalisation. Par exemple, lorsqu'un de nos interlocuteurs parle d'accouchement humanisé ou culturel (Homer, Annexe 9, 00:05:28), il montre en réalité comment le système de santé public s'approprie des gestes techniques traditionnels, en l'occurrence la position verticale durant l'accouchement, tout en mettant de côté l'ensemble des dimensions et dynamiques sociopolitiques associées à la notion d'interculturalité.

Par ailleurs, les accoucheuses traditionnelles, qui incarnent les cultures indigènes au sein du système de santé, ne sont généralement pas rémunérées. Elles sont donc techniquement incluses, ou plutôt tolérées, dans les infrastructures officielles, mais ne font pas réellement partie du personnel (Burgaleta Pérez *et al.*, 2025 ; Gallegos *et al.*, 2017 ; Greta, Annexe 8, 00:17:59 ; Reichert, 2024). En fait, il semble que le système et son personnel reconnaissent une utilité fonctionnelle, parfois même épistémique, à ces actrices (Andrea, Annexe 2, 00:30:41 ; Esme, Annexe 6, 00:32:59 ; Fabrice, Annexe 7, 00:09:25 ; Greta,

Annexe 8, 00:11:54), mais ne prévoient pas de leur accorder un quelconque pouvoir de mobilisation autonome de leurs pratiques, situations et savoirs. Les récits de nos interlocutrices révèlent ainsi un exemple concret de la tokenisation des acteurs indigènes par le système de santé public national, telle qu'identifiée et décrite par Reichert (2024). L'intégration à bas coût des sage-femmes traditionnelles, grâce à l'absence de salaire, permet à l'institution publique de répondre aux recommandations internationales en matière d'interculturalité (Cruz Palma *et al.*, 2025) sans pour autant changer ses fondements.

Tout cela semble indiquer que, derrière une ouverture apparente du système aux cultures indigènes, se cache en réalité une sorte de mécanisme profondément colonial. Plutôt que d'être reconnu comme une épistémologie autonome, le savoir indigène, basé dans des connaissances ancestrales, est envisagé comme une matière brute qui doit être utilisée selon les standards occidentaux pour acquérir une réelle valeur. Il devient en quelque sorte une ressource exploitable si, et seulement si, il sert au système dominant. De la même manière, pour être reconnus par le système, les actrices traditionnelles telles que les *parteras* doivent également suivre les normes biomédicales pour être considérées comme « formées » et donc légitimes. L'État, incarné par les institutions hospitalières publiques du pays, et plus généralement par le MSP, intègre des éléments visibles des cultures indigènes, telles que les positions d'accouchement verticales et, superficiellement, les sage-femmes, sans pour autant reconnaître leur légitimité. Cette dynamique implique que la culture indigène serait intrinsèquement inférieure à la cosmovision occidentale, ce qui participe à perpétuer une violence symbolique importante sur une population historiquement marginalisée en Équateur.

4.2. Barrières linguistiques

La barrière linguistique est reconnue comme telle par plusieurs de nos interlocutrices (Beatriz, Annexe 3, 00:14:34 ; Dolores, Annexe 5, 00:14:42 ; Julia, Annexe 11, 00:02:27 ; Kristina, Annexe 12, 00:05:35, 00:06:55). En effet, personne ne semble nier l'importance d'une communication efficace entre les professionnels de la santé et leurs patients. Sans interprète compétent, la communication est réduite à un strict minimum (Beatriz, Annexe 3, 00:14:34 ; Homer, Annexe 9, 00:03:27), ce qui s'avère souvent insuffisant pour proposer des soins adéquats. Par exemple, l'impossibilité d'expliquer certaines procédures ou de comprendre les attentes des patientes peut conduire ces dernières à se sentir offusquées, et donc méfiantes du personnel et des infrastructures médicales publiques (Bautista-Valarezo *et al.*, 2021 ; Bejarano *et al.*, 2022 ; Dolores, Annexe 5, 00:14:42 ; Origlia Ikhilor *et al.*, 2019). Outre les limites que la barrière linguistique peut amener à la qualité et à l'adéquation des soins proposées, il y a lieu de considérer la dynamique autoritaire qu'elle participe à perpétuer (Cedeño Tapia *et al.*, 2021 ; El-Messoudi *et al.*, 2023 ; Peled, 2018 ; Schouten *et al.*, 2023). Certaines des interlocutrices susmentionnées évoquent des difficultés propres au jargon médical (Beatriz, Annexe 3, 00:14:34 ; Julia, Annexe 11, 00:02:27 ; Kristina, Annexe 12, 00:05:35) : lorsque les patientes sont incapables de comprendre ce qui leur est expliqué, elles deviennent également incapables d'y répondre, ce qui entraîne l'érosion de leur autonomie décisionnelle. Dans ce cadre, la langue peut être envisagée comme un outil de domination : les femmes indigènes se retrouvent face à une institution majoritairement monolingue et n'ont, en réalité, pas d'autre choix que de subir ce qu'elle leur impose (Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; Schouten *et al.*, 2023). La langue agit donc, dans le cadre des soins de santé, comme un outil d'érosion de l'autonomie décisionnelle des femmes indigènes, affaiblissant ainsi la validité de leurs opinions, par la même occasion, de leurs cosmovisions et de leurs cultures.

Par ailleurs, la communication interculturelle va bien au-delà de la simple traduction des mots. En effet, afin de pouvoir traiter de manière adéquate ses patientes, le personnel biomédical doit être en mesure de comprendre leur conception-même de la santé et les normes qui y sont associées (Origlia Ikhilor *et al.*, 2019 ; Schouten *et al.*, 2023). Pourtant, même si le nombre de professionnelles semblant explicitement

minimiser cette réalité est très limité dans nos entretiens (Homer, Annexe 9, 00:03:27), presque toutes voient la langue comme le principal obstacle et ne considèrent presque jamais, ou uniquement de forme périphérique, l'importance des autres compétences culturelles (Cedeño Tapia *et al.*, 2021). Lorsqu'elles expliquent leurs solutions aux difficultés communicatives qu'elles peuvent rencontrer, plusieurs interlocutrices décrivent simplement la simplification de termes médicaux qu'elles estiment difficiles à comprendre (Julia, Annexe 11, 00:02:27 ; Kristina, Annexe 12, 00:05:35, 00:06:55).

Dès lors, une forme de biais cognitif peut être observé chez les soignantes interrogées. Alors qu'une partie conséquente d'entre elles reconnaît l'importance des compétences linguistiques, presque toutes mettent en avant l'incapacité de compréhension des patientes indigènes plutôt que leur incapacité à communiquer efficacement avec elles. Similairement, toutes les solutions envisagées par nos interlocutrices concernent uniquement une forme de vulgarisation des explications biomédicales pour que les patientes puissent les comprendre (Beatriz, Annexe 3, 00:14:34 ; Greta, Annexe 8, 00:09:30 ; Irene, Annexe 10, 00:04:18 ; Julia, Annexe 11, 00:02:27 ; Kristina, Annexe 12, 00:05:35). La dynamique perpétuée reste donc majoritairement unidirectionnelle plutôt que d'inclure un réel dialogue où les savoirs, attentes, et cosmovisions en général sont considérées sur un pied d'égalité (Baraldi & Luppi, 2015; Schouten *et al.*, 2023).

4.3. Personnel biomédical

Les obstacles à l'intégration réelle de l'interculturalité dans la pratique médicale publique en Équateur semblent donc traverser divers niveaux de la chaîne d'implémentation des politiques, et c'est au bas de cette chaîne que se situe le personnel hospitalier. Pour certains membres de ce personnel, l'interculturalité se résume à une idée de respect, de chaleur humaine ou de gentillesse (Carolina, Annexe 4, 00:34:16 ; Homer, Annexe 9, 00:05:28, 00:18:58 ; Irene, Annexe 10, 00:21:51). Cette compréhension réductrice du concept prend ses origines dès la formation du personnel biomédical. En effet, le manque d'initiation aux cultures indigènes dans le cursus crée un manque de connaissances, et donc une barrière (Bautista-Valarezo *et al.*, 2022 ; Carpio-Arias *et al.*, 2022 ; Llamas & Mayhew, 2018), que le personnel de première ligne contourne en se rabattant sur des concepts à la fois simples, connus, et relativement vagues. Cette réduction sémantique paraît constituer un mécanisme de défense du personnel biomédical, qui, en substituant une question profondément politique par des attributs individuels, répond à la critique sans remettre en cause ses logiques fondamentales.

Au-delà de constituer un potentiel mécanisme de défense pour le personnel hospitalier, l'évacuation des dimensions politiques et structurelles de la notion d'interculturalité, ainsi que sa réduction sémantique, précédemment décrite (Carolina, Annexe 4, 00:34:16 ; Homer, Annexe 9, 00:18:58 ; Irene, Annexe 10, 00:21:51), peuvent être analysées comme des mécanismes de défense institutionnels. En effet, en transformant une revendication politique en une vertu individuelle, la remise en question et l'éventuelle responsabilité du changement sont déléguées au personnel de terrain plutôt qu'au niveau institutionnel ou structurel. Cette dynamique rappelle celle observée au niveau de la formation du personnel concerné, durant laquelle aucun programme ne prévoit officiellement une confrontation aux langues ou aux cultures indigènes nationales, ni aux enjeux de l'interculturalité, avant l'année rurale et le passage de l'examen sur le MAIS (Cedeño Tapia *et al.*, 2021 ; Demers *et al.*, 2022 ; El-Messoudi *et al.*, 2023 ; Romero-Tapias *et al.*, 2022 ; Schouten *et al.*, 2023). Dans les deux cas, c'est au personnel de première ligne, à savoir les professeurs dans le cadre de la formation et le personnel hospitalier dans les institutions médicales, de trouver les moyens de remplir les mesures superficielles établies par l'État.

Par ailleurs, la formation académique du personnel contribue au renforcement d'une sorte d'arrogance biomédicale, selon laquelle la « vraie médecine » se définit par la trajectoire académique et les pratiques et connaissances exclusivement occidentales (Dolores, Annexe 5, 00:26:03 ; Kristina, Annexe 12,

00:28:23). Cette dynamique a pour conséquence la création d'une frontière claire entre le groupe dominant des praticiens biomédicaux et les groupes dominés, en l'occurrence les praticiens, savoirs, et patients indigènes (Bautista-Valarezo *et al.*, 2021 ; Romero-Tapias *et al.*, 2022). Malgré une apparente reconnaissance des structures hiérarchiques en place et des violences, tant culturelles qu'obstétricales, qui en découlent par certains acteurs biomédicaux, nos entretiens semble indiquer qu'une majorité d'entre eux demeure en réalité soit fermée au dialogue (Bautista-Valarezo *et al.*, 2022 ; Dolores, Annexe 5, 00:26:03, 00:27:09 ; Kristina, Annexe 12, 00:28:23 ; Llamas & Mayhew, 2018 ; Romero-Tapias *et al.*, 2022). Pour beaucoup, le manque de compétences culturelles semble ainsi générer une forme de méfiance vis-à-vis des cultures ancestrales qui finit par se traduire par leur rejet total. Ce processus pourrait être révélateur d'une fragilité identitaire, où l'existence d'un savoir alternatif valide présenterait une menace pour le modèle, et donc le personnel, biomédical.

Cette perspective est notamment rendue explicite par l'une de nos interlocutrices, qui, en qualifiant les dynamiques qu'elle observe de patriarcales, défend l'idée qu'elles font partie d'une sorte de stratégie de protection du pouvoir et des structures hiérarchiques en place. Cette approche met en évidence le caractère générationnel de la résistance du personnel (Kristina, Annexe 12, 00:28:23, 00:31:56) : la fermeture à d'autres modèles et pratiques médicales serait, plus qu'à un manque de volonté, due à un processus de conditionnement complexe, ce qui rend l'ouverture plus compliquée pour les professionnels avec le plus d'expérience, et donc le conditionnement le plus complet (Greta, Annexe 8, 00:19:34 ; Homer, Annexe 9, 00:12:39). La résistance n'est donc pas individuelle, mais plutôt structurelle : c'est le système qui, dès la formation du personnel, reproduit l'exclusion des savoirs et pratiques indigènes. Les praticiens plus expérimentés, par peur de réprimandes en cas de conséquences adverses, évitent de changer leurs habitudes (Bautista-Valarezo *et al.*, 2022; Llamas & Mayhew, 2018). En quelque sorte, la formation et la profession biomédicale semblent forger une identité médicale fermée, qui perçoit l'ensemble des composantes des cultures indigènes non comme des droits, mais plutôt comme des dangers.

Un décalage important peut ainsi être observé entre les exigences réglementaires et la réalité du cursus : l'État impose des normes d'interculturalité (Cedeño Tapia *et al.*, 2021; El-Messoudi *et al.*, 2023), mais ne donne pas les moyens à son personnel de les appliquer. Même lorsque ce dit personnel est conscient de l'importance de certains aspects culturels, les infrastructures ne lui permettent pas de s'y adapter correctement (Andrea, Annexe 2, 00:10:07 ; Dolores, Annexe 5, 00:14:42). Alors que tout semble suggérer qu'il s'agit d'une question politique, et donc structurelle, la situation actuelle fait de l'interculturalité une responsabilité individuelle du personnel de terrain. Sans une révision profonde des programmes de formation, aucune transformation réelle des rapports de pouvoir, et donc des violences qui en découlent, ne semble envisageable. En effet, le pouvoir discrétionnaire du personnel hospitalier quant à l'implémentation d'éventuelles politiques interculturelles fait de lui un axe d'action fondamental en la matière (Abril Campos & Reich, 2019; Peeters & Campos, 2023). Si les professionnels du domaine biomédical actifs dans le système public maintiennent l'arrogance décrite ci-dessus, et que leur formation continue à leur inculquer systématiquement cette arrogance, aucune réelle réforme ne pourra être implémentée sur le terrain en matière d'interculturalité.

5. CONCLUSION

Ce travail démarrait du constat d'un décalage important et persistant entre un cadre légal avancé en matière d'interculturalité en Équateur, notamment au travers de la constitution de 2008 et de divers engagements internationaux, et une application marginale de la santé interculturelle sur le terrain. Ce paradoxe soulevant de nombreux enjeux politiques, sociaux et sanitaires, nous avons essayé de comprendre ses causes fondamentales. Afin d'analyser la problématique depuis l'intérieur de la chaîne d'implémentation d'éventuelles politiques relatives à l'interculturalité, nous avons interrogé onze

membres du personnel hospitalier, de formation biomédicale, dans des hôpitaux publics de Quito, la capitale du pays. Cet angle nous a par la suite permis de générer une image plus complète de la situation grâce à la comparaison de nos résultats avec un ensemble de littérature préalable sur le sujet, laquelle se concentre en grande partie sur la perspective des populations et acteurs indigènes ainsi que sur l'analyse des effets du paradoxe étudié pour ces populations.

Ce travail a ainsi mis en évidence un blocage central pour l'intégration réelle des pratiques et actrices traditionnelles dans le système de santé public équatorien : la hiérarchisation des cosmovisions médicales. Plus précisément, nous avons montré que, en ce qui concerne la santé et la médecine, la cosmovision biomédicale détient une position de suprématie, dominante, par rapport aux cosmovisions indigènes. De ce fait, les pratiques ancestrales sont reléguées à un rang secondaire, voire périphérique, et, même lorsqu'elles sont visiblement intégrées dans une institution, sont avant tout envisagées comme des compléments aux protocoles biomédicaux. Qui plus est, avant d'être acceptées, ces pratiques sont évaluées selon le prisme biomédical. Nous avons montré que cette dynamique démunie les cultures indigènes de leur légitimité, perpétuant des mécanismes hérités de l'époque coloniale et renforçant la marginalisation historique des populations concernées.

Ce rejet apparent des médecines ancestrales et la méconnaissance des normes culturelles indigènes sont particulièrement dangereux dans le cadre des soins obstétricaux. En effet, la méfiance des femmes indigènes vis-à-vis du système biomédical qui en résulte est l'un des facteurs principaux expliquant leur non-recours à ce dernier, et le recours des femmes indigènes enceintes à des services qui ne prennent pas en compte leurs besoins culturels a également été établi comme un facteur à risque pour des mauvais soins obstétricaux et une mortalité maternelle et néonatale plus élevée.

Par ailleurs, nous avons mis en évidence que plutôt que totalement ignorées, les pratiques traditionnelles ainsi que leurs praticiennes, particulièrement les sage-femmes traditionnelles, sont instrumentalisées par le système national afin de répondre aux recommandations internationales et de respecter en apparence ses engagements sans pour autant entamer de réelle restructuration. La notion d'interculturalité est elle aussi souvent vidée de sa substance politique et réduite à des valeurs morales individuelles. En conséquence, dans le système public, la responsabilité de l'application de mesures relatives à l'interculturalité est imposée au personnel de première ligne. Pourtant, le personnel interrogé ne semble pas inhéremment fermé à l'intégration des actrices et pratiques obstétricales indigènes dans les infrastructures médicales publiques. En effet, les réelles barrières semblent être profondément structurelles et commencent dès la formation des professionnels biomédicaux : le système ne prévoit aucune formation en compétences culturelles et renforce l'arrogance professionnelle parallèle à la suprématie biomédicale. Une fois actif sur le terrain, le personnel indique diverses contraintes matérielles, telles que, principalement, des infrastructures inadaptées, qui l'empêchent de s'adapter correctement à ses patientes.

Ainsi, pour être à la hauteur de ses promesses, le système de santé public équatorien devrait dépasser l'approche individuelle en place et réformer sa structure. Il s'agirait de déconstruire les rapports hiérarchiques culturels dès les cursus de formation médicale et de reconnaître les acteurs traditionnels au même titre que les professionnels biomédicaux en leur octroyant non seulement une rémunération, mais aussi de réelles responsabilités. Bien que le cas étudié dans ce travail soit spécifique au canton de Quito, plusieurs parallèles avec d'autres régions ont été établis. D'éventuelles recherches futures devraient porter sur d'autres régions, à la fois du territoire équatorien et du continent latinoaméricain, afin d'étudier dans quelle mesure nos résultats sont généralisables.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Abril Campos, P., & Reich, M. R. (2019). Political Analysis for Health Policy Implementation. *Health Systems & Reform*, 5(3), 224-235. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1625251>
- Aguilar Peña, M., Tobar Blandón, M. F., & García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 463-467. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
- Alonso-Palacio, L. M., Cepeda-Díaz, J., Castillo-Riascos, L. L., Pérez, M. A., Vargas-Alonso, A., & Ricardo-Barreto, C. (2017). Interculturality in the formation of health students : A Colombian experience. *HORIZONTE SANITARIO*, 16(3), 175-182. <https://doi.org/10.19136/hs.a16n3.1837>
- Baraldi, C., & Luppi, L. (2015). Ways of overcoming linguistic barriers in healthcare intercultural communication. *Language and Intercultural Communication*, 15(4), 581-599. <https://doi.org/10.1080/14708477.2015.1058391>
- Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verdugo Sánchez, A. E., Dávalos-Batallas, V., Michels, N. R. M., Hendrickx, K., & Verhoeven, V. (2020). Towards an indigenous definition of health : An explorative study to understand the indigenous Ecuadorian people's health and illness concepts. *International Journal for Equity in Health*, 19(101). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1142-8>
- Bautista-Valarezo, E., Duque, V., Verhoeven, V., Mejia Chicaiza, J., Hendrickx, K., Maldonado-Rengel, R., & Michels, N. R. M. (2021). Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system : Barriers and opportunities. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21(65). <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03234-0>
- Bautista-Valarezo, E., Espinosa, M. E., Michels, N. R. M., Hendrickx, K., & Verhoeven, V. (2022). Culturally adapted flowcharts in obstetric emergencies : A participatory action research study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(772). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05105-z>
- Bejarano, F., Chávez-Guevara, K. J., Vaca-Colcha, S. E., & Arreaga-Cuajivoy, A. Y. (2022). Análisis de la muerte materna en el Ecuador en el periodo 2017-2021. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(3), 213-221. <https://doi.org/10.35381/s.v.v6i3.2238>
- Boué, M., Chaput, J., Congy, J., Mullner, P., & Wicky, L. (2023). Chapitre 3. Adopter une démarche éthique tout au long de la recherche qualitative en santé. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 84-110). Armand Colin. Cairn.info. <https://stm.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200631970-page-84?lang=fr>
- Brusnahan, A., Carrasco-Tenezaca, M., Bates, B. R., Roche, R., & Grijalva, M. J. (2022). Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. *International Journal for Equity in Health*, 21(55). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1>
- Burgaleta Pérez, E., Quilumba Tumbaco, M. P., Arias Medina, B. L., & Molina Cevallos, D. S. (2025). Percepción de las Parteras Ancestrales de Ecuador sobre las Condiciones Laborales, la Relación con el Sistema Público de Salud y el Reconocimiento Comunitario. *Revista Veritas de Difusão Científica*, 5(3), 2948-2971. <https://doi.org/10.61616/rvdc.v5i3.386>
- Bustamante, G., Mantilla, B., Cabrera-Barona, P., Barragán, E., Soria, S., Quizhpe, E., Jiménez Aguilar, A. P., Hinojosa Trujillo, M. H., Wang, E., & Grunauer, M. (2019). Awareness of obstetric warning signs in Ecuador : A cross-sectional study. *Public Health*, 172, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.013>

- Callister, L. C., Corbett, C., Reed, S., Tomao, C., & Thornton, K. G. (2010). Giving Birth : The Voices of Ecuadorian Women. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(2), 146-154. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3181db2dda>
- Cañarte Siguencia, R. J., Mendoza Salazar, J. V., & Benavides Figueroa, M. F. (2025). Estructura del Sistema de salud en Ecuador : Organización y Distribución de los Establecimientos Asistenciales de la Red Pública Integral de Salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(5), 15538-15552. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20782
- Carpio-Arias, T. V., Verdezoto, N., Guijarro-Garvi, M., Abril-Ulloa, V., Mackintosh, N., Eslambolchilar, P., & Ruíz-Cantero, M. T. (2022). Healthcare professionals' experiences and perceptions regarding health care of indigenous pregnant women in Ecuador. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(101). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04432-5>
- Cedeño Tapia, S. J., Rodríguez López, J. I., Prieto, D. M., Schlegel, C., López, L. E., & Domínguez, S. (2021). Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad, las problemáticas y retos desde la formación de enfermería. *Revista científica de enfermería*, 10(1), 94-108.
- Chalkidou, K., Glassman, A., Marten, R., Vega, J., Teerawattananon, Y., Tritasavit, N., Gyansa-Lutterodt, M., Seiter, A., Kieny, M. P., Hofman, K., & Culyer, A. J. (2016). Priority-setting for achieving universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(6), 462-467. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.155721>
- Cruz Palma, K. L., Otiniano Hurtado, M. N., Romero Carchi, J. P., & Silva Bajaña, J. J. (2025). Tradiciones Ancestrales y su Rol en la Salud Materno-Infantil : Un Estudio de las Prácticas Culturales en Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 10(11), 2447-2480. <https://doi.org/10.23857/pc.v10i11.10780>
- De Schutter, O. (2024). *Visite en Équateur : Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté* (A/HRC/56/61/Add.2). Haut-Commissariat des Droits de l'Homme aux Nations Unies. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g24/068/67/pdf/g2406867.pdf>
- Demers, V., Leanza, Y., Yampolsky, M., Brisset, C., Arsenault, S., Marquis, J.-P., Rhéaume, A., Jones-Lavallée, A., Giroux, D., Gagnon, R., Tétreault, S., Gulfi, A., & Kühne, N. (2022). Context and consequences of helping-profession students' intercultural experiences before they enter profession. *International Journal of Intercultural Relations*, 91, 200-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.09.010>
- El-Messoudi, Y., Lillo-Crespo, M., & Leyva-Moral, J. (2023). Exploring the education in cultural competence and transcultural care in Spanish for nurses and future nurses : A scoping review and gap analysis. *BMC Nursing*, 22(320). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01483-7>
- Espinell-Jara, V., Tapia-Paguay, X., & Castillo-Andrade, R. (2017). Visualization of Traditional Medicine from the Perspective of Indigenous Kichwa of Napo—Ecuador. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 393-397. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.041>
- Gallegos, C. A., Waters, W. F., & Kuhlmann, A. S. (2017). Discourse vs practice : Are traditional practices and beliefs in pregnancy and childbirth included or excluded in the Ecuadorian health care system? *International Health*, 9, 105-111. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw053>
- Granda, M. L., & Jimenez, W. G. (2019). The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006–2014). *International Journal for Equity in Health*, 18(31). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0905-y>
- Green, J., & Thorogood, N. (2006). *Qualitative methods for health research* (Repr). Sage.

- Hallor, E., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2024). Exploring the integration of Indigenous traditional birth attendants into the western healthcare system : A qualitative case study from the Amazon of Ecuador. *Journal of Community Systems for Health*, 1(1). <https://doi.org/10.36368/jcsh.v1i1.1051>
- Handley, M., Bunn, F., Lynch, J., & Goodman, C. (2020). Using non-participant observation to uncover mechanisms : Insights from a realist evaluation. *Evaluation*, 26(3), 380-393. <https://doi.org/10.1177/1356389019869036>
- Haut-Commissariat des Droits de l'Homme aux Nations Unies. (2019). *Visite en Équateur : Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des peuples autochtones (A/HRC/42/37/Add.1)*. Haut-Commissariat des Droits de l'Homme aux Nations Unies. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g19/204/06/pdf/g1920406.pdf>
- Henderson, A. C. (2013). Examining Policy Implementation in Health Care : Rule Abidance and Deviation in Emergency Medical Services. *Public Administration Review*, 73(6), 799-809. <https://doi.org/10.1111/puar.12146>
- Herrera, D., Hutchins, F., Gaus, D., & Troya, C. (2019). Intercultural health in Ecuador : An asymmetrical and incomplete project. *Anthropology & Medicine*, 26(3), 328-344. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507102>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Lakshmi, J. K., Nambiar, D., Narayan, V., Sathyanarayana, T. N., Porter, J., & Sheikh, K. (2015). Cultural consonance, constructions of science and co-existence : A review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 30(8), 1067-1077. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu096>
- Lapo-Talledo, G. J. (2024). Nationwide study of in-hospital maternal mortality in Ecuador, 2015–2022. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.5>
- Lejeune, C. (2019). *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer* (2^e éd.). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lejeu.2019.01>
- Llamas, A., & Mayhew, S. (2016). The emergence of the vertical birth in Ecuador : An analysis of agenda setting and policy windows for intercultural health. *Health Policy and Planning*, 31(6), 683-690. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv118>
- Llamas, A., & Mayhew, S. (2018). “Five hundred years of medicine gone to waste”? Negotiating the implementation of an intercultural health policy in the Ecuadorian Andes. *BMC Public Health*, 18(686). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5601-8>
- Matute, S. E. D., Martinez, E. Z., & Donadi, E. A. (2021). Intercultural Childbirth : Impact on the Maternal Health of the Ecuadorian Kichwa and Mestizo People of the Otavalo Region. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 43(01), 14-19. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721353>
- Matute, S. E. D., Pinos, C. A. S., Tupiza, S. M., Brunherotti, M. A. A., & Martinez, E. Z. (2022). Maternal and neonatal variables associated with premature birth and low birth weight in a tertiary hospital in Ecuador. *Midwifery*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103332>
- Ministerio de Salud Pública. (s. d.-a). *Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud – Ministerio de Salud Pública*. Ministerio de Salud Pública. Consulté 14 mai 2026, à l'adresse <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-interculturalidad-derecho-y-participacion-social-en-salud/>

- Ministerio de Salud Pública. (s. d.-b). *Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN) – Ministerio de Salud Pública*. Ministerio de Salud Pública. Consulté 14 mai 2026, à l'adresse <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
- Mozo González, C. (2017). Salud e interculturalidad en Ecuador : Las mujeres indígenas como sujetos de intervención de las políticas públicas. *Comparative Cultural Studies - European and Latin American Perspectives*, 2(3), 55-65. <https://doi.org/10.13128/CCSELAP-20826>
- Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research : AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 45(3), 241-251. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1978, décembre 12). *Déclaration d'Alma-Ata*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347880/WHO-EURO-1978-3938-43697-61473-fre.pdf?sequence=1>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2023, mai 23). *La salud de los Pueblos Indígenas. Proyecto de resolución propuesto por Australia, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, el Canadá, Colombia, Cuba, el Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, México, Nueva Zelanda, Panamá, el Paraguay, el Perú, Vanuatu, y la Unión Europea y sus Estados miembros*. Organisation Mondiale de la Santé. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_ACONF1-sp.pdf
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants : Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2200-2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>
- Peeters, R., & Campos, S. A. (2023). Street-level bureaucracy in weak state institutions : A systematic review of the literature. *International Review of Administrative Sciences*, 89(4), 977-995. <https://doi.org/10.1177/00208523221103196>
- Peled, Y. (2018). Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*, 32(6), 360-367. <https://doi.org/10.1111/bioe.12435>
- Pérez, C., Nazar, G., & Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(2), 122-127. <https://iris.paho.org/items/77a531cc-f7b6-4e2d-b8d5-9440c323b17d>
- Reichert, A. J. (2024). “They study for six years. We study for generations” : Renegotiating birth, power, and interculturalidad in the Ecuadorian Amazon. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 29(2), 169-178. <https://doi.org/10.1111/jlca.12716>
- Rios-Quitizaca, P., Gatica-Domínguez, G., Nambiar, D., Santos, J. L. F., & Barros, A. J. D. (2022). Ethnic inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health interventions in Ecuador : A study of the 2004 and 2012 national surveys. *eClinicalMedicine*, 45. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101322>
- Romero-Tapias, O. Y., Perilla-Benítez, J. C., Cedeño-Tapia, S. J., Tapiero-Rojas, J. D., & Tamayo-Ortiz, J. L. (2022). Medicina tradicional ancestral en el sistema de salud de Ecuador. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(8), 272-286. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.587>

- Sanhueza, A., Calle Roldán, J., Ríos-Quituzaca, P., Acuña, M. C., & Espinosa, I. (2017). Social inequalities in maternal mortality among the provinces of Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.97>
- Sarmiento, I., Paredes-Solís, S., Morris, M., Pimentel, J., Cockcroft, A., & Andersson, N. (2020). Factors influencing maternal health in indigenous communities with presence of traditional midwifery in the Americas : Protocol for a scoping review. *BMJ Open*, 10(10), e037922. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037922>
- Sarmiento, I., Zuluaga, G., Paredes-Solís, S., Chomat, A. M., Loutfi, D., Cockcroft, A., & Andersson, N. (2020). Bridging Western and Indigenous knowledge through intercultural dialogue : Lessons from participatory research in Mexico. *BMJ Global Health*, 5(9), e002488. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002488>
- Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients. *Patient Education and Counseling*, 115. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107890>
- Silva Guayasamín, L. G., Silva Sarabia, C. A., Silva Orozco, G. S., & Romero Orellana, Z. M. (2024). Formación Intercultural en Salud : Desafíos y oportunidades en la Educación Superior en Ecuador. *Imaginario Social, hors-série*.
- Thompson, J. (2022). A Guide to Abductive Thematic Analysis. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5340>
- Timmermans, S., & Tavory, I. (2012). Theory Construction in Qualitative Research : From Grounded Theory to Abductive Analysis. *Sociological Theory*, 30(3), 167-186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>
- Torri, M. C. (2012). Intercultural Health Practices : Towards an Equal Recognition Between Indigenous Medicine and Biomedicine? A Case Study from Chile. *Health Care Analysis*, 20(1), 31-49. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0170-3>
- Torri, M. C. (2013). Choosing between Traditional Medicine and Allopathy During Pregnancy : Health Practices in Prenatal and Reproductive Health Care in Ecuador. *Journal of Health Management*, 15(3), 397-413. <https://doi.org/10.1177/0972063413492036>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales* (6e édition). Armand Colin. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=9401429c-5b64-37b8-875e-50a860014508>
- Waters, W. F., & Gallegos, C. A. (2014). Aging, Health, and Identity in Ecuador's Indigenous Communities. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29(4), 371-387. <https://doi.org/10.1007/s10823-014-9243-8>

7. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien	38
Annexe 2 : Entretien avec Andrea.....	39
Annexe 3 : Entretien avec Beatriz.....	48
Annexe 4 : Entretien avec Carolina.....	59
Annexe 5 : Entretien avec Dolores.....	68
Annexe 6 : Entretien avec Esme.....	78
Annexe 7 : Entretien avec Fabrice.....	88
Annexe 8 : Entretien avec Greta.....	96
Annexe 9 : Entretien avec Homer	105
Annexe 10 : Entretien avec Irene	113
Annexe 11 : Entretien avec Julia.....	123
Annexe 12 : Entretien avec Kristina.....	133

Annexe 1 : Guide d'entretien

Thèmes	Questions
Expérience professionnelle	Pourrais-tu me parler de ta trajectoire professionnelle ??
	Pourrais-tu décrire un jour typique dans ton travail ?
	Avec quel type de patientes travailles-tu en général ?
Expérience avec des patients indigènes	À quelle fréquence traites-tu des patientes indigènes ?
	S'il y en a, comment décrirais-tu les particularités à prendre en compte lors du traitement de femmes indigènes ?
	Te souviens-tu d'une situation dans laquelle les différences culturelles <i>etc.</i> ont influencé le traitement d'une patiente indigène ?
Perception des pratiques obstétricales indigènes	As-tu déjà entendu parler de, voire observé ou même accompagné certaines pratiques traditionnelles en lien avec la grossesse ou l'accouchement ?
	Quel est ton point de vue quant à ce type de pratiques ?
Collaboration avec des [acteurs traditionnels]	As-tu déjà collaboré avec des [acteurs traditionnels] ? Si oui, qu'est-ce que ça a donné en pratique ?
	Quel rôle penses-tu que les [acteurs traditionnels] pourraient jouer dans le système de santé public ?
Politiques de santé interculturelle	Que signifie le concept de l'interculturalité pour toi, dans ton travail ?
	Y a-t-il des mesures spécifiques dans ton hôpital pour faire en sorte que les soins obstétricaux soient culturellement appropriés ? Si oui, lesquelles ?
	Y a-t-il quelque chose qui complique l'application des logiques interculturelles dans la pratique ?
Formation interculturelle	Durant ta formation, as-tu eu des cours sur la santé interculturelle ou sur les pratiques médicales indigènes ?
	Selon toi, qu'est-ce qui pourrait aider les professionnels de la santé à mieux travailler avec des patientes indigènes ?
Questions finales	Si tu pouvais imaginer un modèle idéal pour la collaboration entre le personnel biomédical et les [acteurs traditionnels], à quoi ressemblerait-il ?
	Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas mentionné mais qui te paraît important quant à ce sujet ?

Annexe 2 : Entretien avec Andrea

00:00:02 *Chercheur*

Je pense que ça va marcher. Je vous remercie donc beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, et je suppose que nous devrions commencer directement afin de ne pas perdre de temps. Donc, il s'agit essentiellement d'une interview sur votre expérience point de vue sur l'interculturalité dans le système de santé. Pour commencer, je voulais savoir si vous pouviez me parler un peu de votre parcours professionnel.

00:00:42 *Andrea*

Eh bien, je suis Andrea, je suis gynécologue-obstétricienne et médecin traitante ici à l'hôpital, je travaille ici depuis 2003 et tout le temps que j'y ai passé c'était ici, au service du centre d'obstétrique.

00:01:07 *Chercheur*

D'accord, vous avez donc beaucoup d'expérience. Pourriez-vous donc décrire de façon très simple une journée de travail typique ?

00:01:20 *Andrea*

Bien. J'ai travaillé toute ma vie comme cheffe d'équipe, donc quand j'arrive à l'hôpital, je suis chargée de vérifier tous les services, de m'assurer que tout le monde est présent, de vérifier s'il y a des patients qui nécessitent des soins, s'il y a de nouveaux cas, si des transferts sont prévus, si quelqu'un a besoin de soins intensifs ; je supervise tout l'hôpital et, évidemment, les patients les plus critiques, tout comme le début du service. Ensuite, mon travail commence au centre d'obstétrique, qui est divisé en zones destinées aux patientes à faible risque et à haut risque. Nous avons différents box où sont installés les patients. Je suis chargée d'effectuer les visites avec mes collègues médecins traitants ainsi qu'avec les médecins résidents en gynécologie-obstétrique. Nous procédons aux examens nécessaires, demandons des analyses de laboratoire complémentaires, une échographie, nous les réalisons, prenons des décisions en évaluant évidemment le cas et nous le résolvons. C'est notre routine.

00:02:44 *Chercheur*

Merci beaucoup. Alors, avec quel type de patients travaillez-vous habituellement ? Existe-t-il des types de patients plus fréquents que d'autres ?

00:02:54 *Andrea*

Notre hôpital est un hôpital de troisième niveau, ce qui signifie qu'il prend en charge les cas les plus complexes. Cependant, nous avons aussi des patients qui viennent parce que c'est un hôpital. C'est un lieu emblématique, tellement de gens veulent venir ici. Cependant, nous constatons un nombre important de cas de troubles hypertensifs de la grossesse. Notre population est donc caractérisée par le fait que la plupart des femmes, sinon toutes, ne bénéficient pas de suivi prénatal, ce qui entraîne une augmentation de ces cas. Parmi les taux de morbidité et de mortalité, on note le fait qu'ils n'ont pas été diagnostiqués à temps. Nous avons donc également un nombre assez important de cas de troubles hypertensifs de la grossesse, qui sont les plus fréquents. En résumé, nous avons également des saignements au troisième trimestre, un placenta accréta, un placenta incérât et des décollements homoplacentaires. C'est-à-dire les grossesses à haut risque.

00:04:20 *Chercheur*

À quelle fréquence voyez-vous des patients autochtones ?

00:04:38 *Andrea*

Oui, il y a des patients autochtones, mais évidemment cela représente un très faible pourcentage, et la plupart d'entre eux sont orientés depuis les zones rurales et viennent ici. Eh bien, selon la pathologie, ils peuvent aller au premier ou au deuxième niveau. Et comme nous sommes un établissement de niveau 3, nous accueillons évidemment des cas complexes, mais cela représente un faible pourcentage par rapport au reste de la population.

00:05:16 *Chercheur*

Mais il y en a quand même.

00:05:18 *Andrea*

Mais oui, des patients autochtones viennent bel et bien.

00:05:22 *Chercheur*

Ma question suivante a donc du sens : comment décririez-vous les principaux défis, ou, plutôt que les défis, les particularités liées aux soins des femmes enceintes qui sont autochtones ? Oui, y a-t-il des défis importants à relever ? Ou n'y en a-t-il pas ?

00:05:51 *Andrea*

Eh bien, je pense que pour atteindre ce type de population, nous devrions nous coordonner, n'est-ce pas ? Il doit y avoir un lien entre les domaines des soins de santé et aussi les pratiques traditionnelles qu'ils ont. Parce qu'il existe un fossé important, disons, entre ce type de population, car en théorie nous ne comprenons pas, et parfois nous ne respectons pas leurs croyances, leurs coutumes. Cela signifie donc que ces types de patients, à la fois autochtones et afrodescendants également, ils hésitent quelque peu à se rendre dans les établissements de santé de notre pays. Ça joue un rôle très important.

00:06:44 *Andrea*

Je me ferais plutôt à la situation géographique qu'à la distance entre deux lieux. Parfois, les transports ne sont pas faciles, se rendre dans un centre de santé n'est pas chose aisée. Tous ces éléments rendent donc l'accès aux centres de santé difficile. Toutefois, au niveau ministériel, des efforts sont déployés pour réduire ces écarts, en fournissant aux gens plus d'informations et d'éducation par le biais des prestataires de soins de santé, et en tenant compte de leurs traditions et de leurs croyances — autant d'éléments qui, je crois, sont pris en compte, qui se produisent déjà. Nous encourageons beaucoup plus l'accouchement, « demandez de l'aide », « venez nous voir » et de cette façon nous diminuons le taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

00:08:18 *Chercheur*

D'accord, je comprends. Cela m'amène directement à ma question suivante : avez-vous entendu parler, observé ou accompagné certaines pratiques traditionnelles dont je viens de parler, liées à la grossesse ou à l'accouchement ?

00:08:41 *Andrea*

En fait, on encourage même la naissance d'enfants en position humanisée et libre. Une grande attention est portée au soutien apporté à la personne, en fonction de son choix. Certains patients souhaitent également emporter le placenta avec eux ; ils ont certains rituels, impliquant parfois un enterrement, ou, je ne sais pas, des coutumes propres à chaque communauté. Donc, même le port de vêtements confortables est actuellement autorisé ; disons qu'ils ne cohabitent pas, non, mais oui, certaines choses sont actuellement autorisées.

00:09:48 *Chercheur*

Et vous souvenez-vous d'une situation précise où ces différences culturelles ont, disons, créé, je ne sais pas, influencé, ou non, le processus de soins ?

00:10:07 *Andrea*

Je le crois, c'est positif, car lorsque la patiente est autorisée à faire toutes ces choses, elle se sent plus en sécurité. Le simple fait d'accoucher dans la position de leur choix les rassure ; parfois, c'est leur pudeur, le fait d'être habillées, d'être dans cette position, au sol, debout, à quatre pattes, sur le dos, qui compte. Tant mieux pour eux, le simple fait d'être en compagnie de la personne de leur choix, leur partenaire, leur mère, la personne en qui ils ont le plus confiance... Je me souviens d'une jeune fille indigène qui avait très peur, même de nous voir avec des masques, dans un environnement qui lui est inconnu. Peut-être n'avait-elle jamais vu de civière auparavant, et la position gynécologique de lithotomie l'effrayait. Puis, je me souviens qu'elle est descendue de la civière, s'est jetée à terre et s'est glissée dessous. Et elle ne voulait pas comprendre, il n'y avait aucun pouvoir humain qui puisse nous aider à la convaincre, alors ce que nous avons fait, c'est essayer de la calmer, nous avons disposé les champs opératoires au sol, la décision et tout le personnel médical, le gynécologue et le pédiatre, eh bien, nous avons adopté ce qu'elle voulait, lui offrant un environnement plus confortable et plus sûr, et de notre côté, un environnement plus humain, en comprenant sa situation. Car pour nous, cela peut paraître tout à fait normal, mais il y a des gens qui n'ont jamais quitté leur ville et qui l'ignorent. Je crois donc que c'est l'expérience qui m'a le plus marqué. Et c'était une enfant, enfin, une adolescente.

00:12:26 *Chercheur*

J'imagine que cela peut être assez marquant. Ouais.

00:12:32 *Andrea*

Et elles aussi, par exemple, ont très peur lorsqu'on dit que lors de l'accouchement, par exemple, on vous coupe, en parlant de l'épisiotomie. Maintenant, cela ne se fait plus non plus, car auparavant, c'était l'équivalent d'un premier accouchement, la petite incision habituelle pour éviter les déchirures, mais maintenant ce n'est plus une pratique courante, c'est plutôt l'exception. Au moment de la réalisation d'une épisiotomie, elles avaient donc peur de cette coupure. On leur fait donc comprendre que ce n'est pas nécessaire.

00:13:24 *Chercheur*

Je voulais aussi savoir comment vous interprétez, ou interprétez, les pratiques autochtones comme l'accouchement vertical et autres, d'un point de vue médical, et aussi peut-être parce que vous avez un avis sur la question, si c'est bien, si c'est mal, ce que cela peut apporter, s'il y a des risques associés.

00:13:50 *Andrea*

Évidemment, je pense que tout cela est physiologique, cela présente de nombreux avantages : cela raccourcit la durée du travail, la gravité elle-même augmente la force des contractions, le bébé descend plus rapidement. Donc oui, il y a de nombreux avantages, mais je pense qu'il est important de savoir chez quel type de patiente cela peut être fait. N'oublions donc pas que nous avons aussi des patients avec des pathologies, par exemple, je ne sais pas, un état préclinique grave. Il nous faut donc savoir quel type de patientes peuvent bénéficier de cette intervention, car la cholestase ou l'incompatibilité sanguine, qui constituent des facteurs de risque élevés, ne sont pas comparables. Cependant, la méthode d'accouchement n'aura pas d'incidence directe sur le résultat final. Le type d'accouchement sera, je pense que c'est bien ; ça donne beaucoup de confiance. En effet, il est également dit que l'accouchement en position libre réduit les douleurs aiguës pendant l'accouchement lui-même, évitant ainsi, disons, des procédures inutiles... Ou l'application de, que sais-je, manœuvres qui réduisent les altérations du rythme cardiaque fœtal. En résumé, je pense que c'est bon, c'est même très bon.

00:15:41 *Chercheur*

Je n'avais pas entendu parler de beaucoup de ces avantages, c'est donc nouveau pour moi. Au-delà des pratiques, je voulais aussi savoir si vous aviez déjà collaboré ou interagi avec des sage-femmes ou d'autres professionnels de la santé traditionnels...

00:16:02 *Andrea*

Moi non. Ici, à l'hôpital... eh bien, nous n'avons pas vraiment de sage-femmes ici à l'hôpital. Car n'oublions pas qu'il s'agit d'un hôpital de troisième niveau ; dans les hôpitaux de deuxième niveau et autres établissements, il y a des sages-femmes. Il y a beaucoup d'hôpitaux emblématiques dans notre pays, comme par exemple à Otavalo, et, qu'est-ce que j'en sais, dans d'autres provinces où elles font partie de l'équipe hospitalière. Il y a des unités de santé qui incluent beaucoup la médecine traditionnelle avec ses *parteras*, ses coutumes, avec tout ce qu'ils font, mais ici-même nous n'avons pas de *parteras*, mais par contre on a bien des personnes entraînées, surtout des obstétriciennes, qui nous donnent un coup de main dans ce contexte avec des massages.

00:16:59 *Andrea*

C'est très important aussi que nous promouvions l'accouchement sans... enfin... la diminution des douleurs sans produits pharmaceutiques. Ici, par exemple, oui, nous avons la déambulation, la musicothérapie, l'aromathérapie, les massages, la relaxation, la visualisation, toutes ces choses là on les a ici. Il y a les différentes techniques, la marche, l'utilisation de ballons, toutes ces choses-là, et ici, les jeunes, ainsi que les étudiants, sont déjà familiarisés, disons, avec ce genre de techniques, et surtout les sage-femmes, les étudiants en obstétrique, qui connaissent très bien ces pratiques, tout comme nous. Ça nous aide beaucoup par rapport à notre métier.

00:18:00 *Chercheur*

Ok. Si vous n'avez pas de sage-femmes ou d'acteurs de ce type dans l'hôpital, pensez-vous que ce type d'acteurs, sage-femmes en particulier, pourraient jouer un rôle quelconque dans le système de santé public, aussi dans les hôpitaux de troisième niveau, ou pas ?

00:18:23 *Andrea*

Moi, je pensais que si, c'est possible. Évidemment, aujourd'hui ils sont formés, toutes ces personnes reçoivent de nombreuses formations aussi par le ministère, et évidemment ça va toujours aller de pair avec un expert, d'un spécialiste, pour voir s'ils peuvent continuer ou pour détecter d'éventuelles complications durant la grossesse et l'accouchement et, si nécessaire, les référer à un autre site.

00:18:56 *Chercheur*

Et pensez-vous qu'il serait possible de les inclure formellement dans les hôpitaux comme le vôtre ou croyez-vous qu'il pourrait y avoir certains obstacles ?

00:19:17 *Andrea*

Et bien, moi, je pense que ce serait surtout une politique au niveau institutionnel, non ? Savoir quel type de patientes va venir... Parce que nous, ici, on applique la norme ESAMyN, qui désigne les hôpitaux amis de la mère et de l'enfant. Et cette norme ESAMyN, elle promeut, disons, l'accouchement, l'accouchement vertical, et nous, comme hôpital de troisième niveau, on essaie de le faire, mais la population que nous avons en matière de risques faibles est assez limitée. Nous gérons plutôt les risques accrus, mais on applique la norme parce qu'il y a bien des personnes à qui elle peut s'appliquer.

00:20:11 *Chercheur*

C'est clair. Et, en parlant du niveau institutionnel, une de mes prochaines questions serait la suivante : puisque le gouvernement équatorien promeut officiellement la santé interculturelle, je voulais savoir, si vous deviez définir ce concept de santé interculturelle, qu'est-ce que cela signifierait pour vous dans votre pratique professionnelle ?

00:20:37 *Andrea*

En fait, le ministère de la Santé a créé un service dédié à ce sujet en 2008, à l'accouchement vertical. Et je pense que pour une femme, l'accouchement, la naissance, est un événement unique et très spécial, qui implique quelque chose d'extrêmement important d'un point de vue socioculturel et en termes de fertilité pour chaque femme. Donc c'est quelque chose, disons exceptionnel, et qu'on devrait offrir la meilleure expérience possible, et je crois que c'est l'expérience que nous créons. Nous devons porter une attention particulière aux personnes qui accompagnent ces individus. Le respect de la culture de chacun est très important, car n'oublions pas que notre pays est multiculturel. C'est un pays multiethnique, donc chaque communauté, chaque nation a ses propres coutumes, pour ainsi dire, n'est-ce pas ? Du coup, d'une province à l'autre, chacune a sa propre identité, et nous devons la respecter et la promouvoir.

00:22:12 *Chercheur*

Ce multiculturalisme, avec sa grande diversité de cultures, constitue-t-il un obstacle à la mise en œuvre concrète de l'interculturalisme, ou pensez-vous qu'il soit réellement possible d'inclure tous les acteurs ?

00:22:29 *Andrea*

Je pense que tout cela représente un défi, mais je crois que ce n'est pas impossible, et en fait, c'est déjà en train de se produire, c'est déjà en train de se créer, c'est sur la bonne voie. Et je pense que nous devons tous nous impliquer davantage, nous aussi devons nous préparer, en apprendre davantage sur le sujet, enquêter, nous préparer et développer les outils nécessaires pour atteindre cet objectif. [Coupure de la connexion, pause]

00:23:09 *Chercheur*

Les 30 dernières secondes de connexion... je crois qu'il y a un problème quelque part.

00:23:18 *Andrea*

Je suis à l'hôpital et ce n'est pas idéal pour établir un contact.

00:23:23 *Chercheur*

Ça doit être ça. Pourriez-vous répéter, genre, ces 30 dernières secondes ?

00:23:30 *Andrea*

Eh bien, je disais que nous devons tous être prêts à comprendre, précisément parce que c'est un pays interculturel. Parfois, même la langue peut être un facteur limitant, n'est-ce pas ? N'oublions pas que cela est également très important dans le cadre de la communication. Nous, en tant que personnel de santé, devons être mieux préparés, avoir plus de connaissances, disposer des outils et savoir comment les utiliser pour mener à bien ce projet, disons.

00:24:12 *Chercheur*

D'accord, oui, je comprends. À ce propos, je voulais aussi demander si, durant votre formation, vous avez reçu une formation en santé interculturelle, en pratiques médicales autochtones ou en langues autochtones, s'il y a eu une telle formation, il n'y en a tout simplement pas.

00:24:34 *Andrea*

Eh bien, en fait, dans mes études de premier cycle, quelque chose, pas tellement en histoire, disons, ni dans mes études de deuxième cycle, mais plutôt à l'époque où j'étais plus ou moins en train de faire ce qui allait devenir... Dans notre pays, c'est arrivé vers 1988, la Constitution de maintenant a reconnu notre pays comme multiculturel.

00:25:05 *Andrea*

En réalité, le ministère lui-même avait déjà prévu de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Donc, précisément à partir de ce moment-là, plus ou moins depuis 2012, il s'est attaché à apprendre des outils et des mécanismes pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, qui est en augmentation. Et tous ces défis sont introduits, pour ainsi dire, non pas pour la prise en charge de cette population importante qui, au final, n'a pas toujours eu accès aux ressources nécessaires. Non, depuis l'an 2000, disons, non seulement par le personnel de santé des institutions de soins obstétricaux verticaux, mais aussi, je ne sais pas, les visites à domicile commencent à identifier quel type de patients, quels sont les patients à risque d'être orientés en temps opportun vers des niveaux plus avancés pour des soins spécialisés.

00:26:37 *Chercheur*

J'ai également entendu dire qu'il fallait se préparer, en quelque sorte, pour prendre en compte les populations autochtones, et j'aimerais en savoir plus à ce sujet. D'un point de vue très pratique, quelles connaissances ou compétences pourraient, selon vous, aider les professionnels de la santé comme vous à mieux travailler avec les patients autochtones ?

00:27:08 *Andrea*

Eh bien, tout d'abord je pense qu'il faut connaître leur histoire, connaître leur réalité, et ensuite aussi, c'est-à-dire, revenir aux études, se rappeler la physiologie. Autrement, disons que ce n'est pas toujours facile, parfois, par exemple, en position à quatre pattes, lorsque la patiente est à quatre pattes, lors de l'accouchement direct, nous étions en fait habitués à la position de lithotomie, où le bébé sort par la tête, cela aide à pivoter, à faire sortir l'épaule avant tout le reste. Lorsque le patient se trouve à quatre pattes, ça se perd. En tant que professionnelle, je dois aussi lire, ce qui est très important pour apprendre, mais la pratique est également importante. Je crois que c'est par la pratique, l'expérience quotidienne et simplement en étant présent qu'on acquiert de l'expertise. Ce sont aussi des expériences, car nous ne

réussissons pas toujours. Au début, nous aussi, nous tournions la tête pour essayer de comprendre plus ou moins ce qui se passait, et nous étions là, nous aussi, à nous retourner, à regarder, un peu perdus, parce que c'est la réalité, parce que nous n'y étions pas habitués. Mais avec le temps, je pense que nous acquérons une certaine expertise et une certaine expérience, et je pense que les choses s'améliorent également.

00:28:39 *Chercheur*

Très bien, nous voici arrivés, enfin presque, à mes dernières questions, et l'une d'elles serait la suivante : si vous pouviez concevoir une collaboration idéale entre le personnel biomédical, pour ainsi dire, et les acteurs traditionnels tels que les sage-femmes et les femmes autochtones, à quoi ressemblerait cette collaboration ? Comment imaginez-vous un monde idéal où un véritable développement culturel pourrait se produire ?

00:29:14 *Andrea*

Bon, c'était assez chaotique, mais d'après ce que j'ai compris, l'idéal serait de coordonner le personnel médical avec toutes les personnes qui, chacune à leur manière, ont de l'expérience ; elles n'ont pas fait d'études, mais elles ont leur expérience. Combien il serait important que les expériences et les connaissances, si précieuses tant pour nous, médecins, que pour les personnes également impliquées, en l'occurrence les sage-femmes, puissent être partagées de part et d'autre. Je pense qu'il faut en faire une expérience unique, et rassembler tous les atouts, tous les aspects positifs, pour le bien du patient, et avant tout en partageant des expériences.

00:30:09 *Chercheur*

C'est logique, très logique. Et plus précisément encore, pensez-vous que les professionnels de la santé en général pourraient apprendre quelque chose de spécifique des sage-femmes ou d'autres acteurs traditionnels ? Y a-t-il quelque chose qu'ils font mieux que vous et dont vous pourriez apprendre ? Je ne sais pas si ma question est claire.

00:30:41 *Andrea*

Je crois que les deux parties apprennent toujours quelque chose. Il y aura toujours quelque chose à apprendre, car la science n'a pas tout dit, car l'expérience est parfois la meilleure solution. Je pense donc que, des deux côtés, il faut évidemment se préparer sur le plan académique, scientifique et en s'appuyant sur les preuves elles-mêmes, mais l'expérience acquise tout au long de leur vie est également très précieuse.

00:31:21 *Chercheur*

Ma dernière question serait donc de savoir si, d'après votre expérience, il y a un point que nous n'avons pas abordé, sur lequel je ne l'ai pas posé de question, mais que vous considérez comme important concernant toute cette affaire.

00:31:37 *Andrea*

Je... Je n'ai pas compris.

00:31:41 *Chercheur*

Je voulais savoir si, d'après votre expérience, il y a un élément que nous n'avons pas abordé, mais que vous jugez important concernant cette question.

00:31:55 *Andrea*

[Pause, réflexion]

00:32:09 *Chercheur*

Eh bien, si nous avons tout abordé, c'est parfait aussi.

00:32:13 *Andrea*

Je n'ai rien à ajouter pour le moment, mais je crois que nous avons abordé la plupart des points. Ce fut une bonne expérience. Au début, eh bien, ce genre de choses n'a pas été si facile. En tant que professionnels, nous étions peut-être habitués à un autre comportement et nous avons quitté notre zone de confort. Oui, c'est donc aussi une expérience pour nous, en tant que médecins. Je pense que c'est très enrichissant car nous le devons à notre pays et nous devons connaître les pratiques de notre population, nous devons savoir ce qu'il faut faire. Je pense donc que nous devrions continuer ainsi. Nous devons nous améliorer, proposer davantage d'outils afin que ces personnes aient un meilleur accès. Nous devons réduire ce fossé géographique, en matière de langue, de coutumes, de mythes et de peurs. Même en ce qui concerne les coûts.

00:33:35 *Andrea*

Je pense donc que nous devons aussi apprendre à être plus humains, plus patients, à offrir qualité, chaleur, compréhension et beaucoup de confiance à ces personnes afin qu'elles se sentent à l'aise, faire preuve d'empathie, relation médecin-patient.

00:34:13 *Chercheur*

Cool. Ah, oui, je voulais vous demander si tout cela... Il semble que vous soyez tout à fait prêt à faire tout cela et vous pensez que la plupart du personnel médical serait également disposé à faire tous ces efforts ?

00:34:36 *Andrea*

Je pense que oui. Je pense que oui. Nous sommes tous dans le même bateau, c'est juste que nous avons dû soudainement comprendre, sortir de notre zone de confort et poursuivre les objectifs qui ont été fixés comme tels. En tant qu'hôpital, nous sommes déjà accrédités en la matière avec la certification ESAMyN. Je pense donc que cette accréditation est le fruit des efforts des autorités, du personnel qui travaille ici et de tous ceux qui ont contribué à sa réalisation, et j'espère bien évidemment continuer à progresser à l'avenir. Nous n'aurons pas le choix. Nous avons de nombreuses forces, mais nous devons aussi corriger nos faiblesses ou ce que nous ne faisons pas bien, mais cela viendra avec le temps. Mais je pense que nous sommes tous prêts à nous améliorer.

00:35:40 *Chercheur*

Très bien, j'aime terminer sur une note positive, donc je n'ai plus de questions. Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions. Eh bien, oui, c'est vraiment tout ce que j'ai à dire. Merci beaucoup.

00:36:05 *Andrea*

OK, avec plaisir.

00:36:06 *Chercheur*

Je termine l'enregistrement.

Annexe 3 : Entretien avec Beatriz

00:00:02 *Chercheur*

Je vous remercie donc beaucoup d'avoir accepté cet entretien, et afin de ne pas vous prendre trop de temps, je vous propose de commencer directement. Pour commencer, je voulais vous demander de me parler un peu de votre parcours professionnel.

00:00:24 *Beatriz*

Eh bien, je travaille à dans cet hôpital depuis 14 ans. J'ai commencé comme thérapeute aux urgences. Après quelques mois, environ quatre mois, je suis allée directement dans un centre d'obstétrique. Et j'ai passé près de 14, je dirais 15 ans au centre d'obstétrique. Et j'ai passé environ 8 mois dans ce qu'on appelle ici la pathologie obstétricale ou l'obstétrique à haut risque.

00:00:59 *Chercheur*

D'accord, donc vous êtes dans le coin depuis un bon moment ?

00:01:02 *Beatriz*

Oui, exactement. Je suis ici depuis 14 ans. Je pratique ce métier depuis un certain temps déjà, j'ai obtenu mon diplôme en 2010, donc je suis gynécologue depuis environ 16 ans. Et en tant que médecin généraliste, j'ai obtenu mon diplôme en 2005.

00:01:26 *Chercheur*

OK, super. Pourriez-vous décrire, en termes très simples, une journée type de votre travail ?

00:01:39 *Beatriz*

Une journée de travail typique. Ici, à l'hôpital, nous faisons des gardes de 12 heures. 12 heures le premier jour, disons hier : j'étais de service de 7 heures du matin à 19h30.

00:01:58 *Chercheur*

D'accord. Je ne vous entends pas très bien. Je crois que la connexion a été interrompue.

00:02:12 *Beatriz*

Vous m'entendez ?

00:02:14 *Chercheur*

Oui, ça a lâché dans les 30 dernières secondes.

00:02:19 *Beatriz*

Je disais, par exemple, hier, samedi, nous étions de service de 7 heures du matin à 19h30.

00:02:26 *Chercheur*

D'accord.

00:02:28 *Beatriz*

Et ce soir, même chose.

[Coupure de connexion]

00:02:44 *Beatriz*

Voyons voir, voyons voir si c'est...

00:02:49 *Chercheur*

Je vous entends, maintenant.

00:02:50 *Chercheur*

À chaque fois au même moment. À chaque fois ça coupe après 7... Je crois que la connexion ne veut pas que tu me dises ce que tu fais. Peut-être que ça aiderait de ne garder que l'audio après avoir coupé les vidéos, je ne sais pas. Voilà. Oui, peut-être que si nous n'utilisons que l'audio, la connexion pourrait s'améliorer.

00:03:29 *Beatriz*

Non, je viens de changer de connexion Wi-Fi, ça fonctionnera peut-être mieux là-bas pour l'enregistrement.

00:03:37 *Chercheur*

Alors, essayons encore une fois.

00:03:40 *Beatriz*

Je disais qu'à l'hôpital, nous travaillons 12 heures un jour et 12 heures le lendemain.

00:03:47 *Beatriz*

Par exemple, hier nous sommes arrivés à 7h et repartis à 19h30, et aujourd'hui nous sommes arrivés à 19h et repartis à 7h. Bon, c'est un peu comme la vie à l'hôpital, maintenant personnellement, j'ai deux filles, dont une que j'allaites encore, donc je consacre la plupart de mon temps à la maison et j'ai un cabinet privé de gynécologie-obstétrique environ 3 fois par semaine.

00:04:23 *Chercheur*

Bon, maintenant, sur un plan plus pratique, je voulais aussi vous demander avec quel type de patients vous travaillez habituellement, quels types de patients il y a... disons... un exemple de profil que vous pourriez rédiger.

00:04:36 *Beatriz*

On peut dire que les patients que nous avons ici à l'hôpital sont presque exclusivement issus d'un milieu socio-économique inférieur ou moyen.

00:04:49 *Chercheur*

D'accord.

00:04:49 *Beatriz*

Moyen ou à faibles revenus car il s'agit d'un hôpital public, et étant un hôpital public, il s'adresse généralement à ce type de patients la plupart du temps ; occasionnellement, des patients issus de revenus moyens à élevés viennent également. À partir d'un niveau socio-économique moyen et supérieur, y compris l'éducation, l'enseignement supérieur et les études de troisième cycle, très peu de patients viennent ici ; ils viennent, mais ce n'est pas très fréquent.

00:05:16 *Chercheur*

OK, oui, intéressant. Vous traitez donc aussi souvent des patients autochtones, ou pas ?

00:05:24 *Beatriz*

Oui, oui, bien sûr. Maintenant, peut-être pas récemment. En effet, d'autres hôpitaux, plus au sud et plus au nord, ont déjà ouvert leurs portes et prennent en charge ce type de patients. Mais avant, par exemple, quand je suis arrivée à l'hôpital, eh bien oui, je soignais des patients autochtones qui venaient littéralement des banlieues de Quito ou d'une autre province.

00:05:58 *Chercheur*

D'accord, les références aussi, d'accord. Et à quelle fréquence pensez-vous traiter ce type de personnes ?

00:06:06 *Beatriz*

Avant, c'était plus fréquent, beaucoup plus fréquent même. On dirait qu'avant, c'était environ 30 %, maintenant ça a diminué, un peu moins, il n'y a plus autant d'autochtones, mais je dirais que ce sera environ 20 % ou 15 % maintenant.

00:06:30 *Chercheur*

D'accord, ça reste une petite partie, mais toujours importante. Je vois. Et d'après votre expérience, y a-t-il des difficultés ou des particularités, notamment dans la prise en charge des femmes autochtones, ou est-ce la même chose qu'avec tous les autres patients ?

00:06:49 *Beatriz*

Non, elles, enfin, en tant que patientes en tant que telles, elles sont différentes car elles ont leurs propres coutumes en matière de soins obstétricaux, et donc, durant mes premières années de travail ici à la maternité, nous n'étions pas aussi ouverts qu'un hôpital à ce type de soins, et elles devaient donc suivre les protocoles de l'hôpital public. Là, on parle de quelque chose... Ces cinq dernières années, les choses ont peut-être beaucoup changé, car nous avons maintenant standardisé la pratique de l'ESAMyN et, de ce fait, certaines choses sont désormais acceptées, comme le fait que les femmes autochtones accouchent à domicile en position libre. Ces cinq dernières années, nous avons donc standardisé cela ; il s'agit d'un protocole du ministère de la Santé, le fait que les patientes puissent choisir librement leur position d'accouchement.

00:08:03 *Chercheur*

Donc, si vous avez répondu à ma question suivante d'une certaine manière, à savoir si vous aviez déjà entendu parler, observé ou participé à certaines pratiques traditionnelles liées à la grossesse ou à l'accouchement, mais du coup je suppose que c'est oui.

00:08:22 *Beatriz*

Oui, c'est exact, ces 5 dernières années, tous les professionnels de la maternité sont désormais formés pour accompagner les patientes. Celles-ci peuvent choisir librement leur position pour accoucher, être accompagnées de leur partenaire, frère ou membre de leur famille qui le souhaite. Et ce que nous avons fait, c'est...

00:08:52 *Beatriz*

Comme à la maison ou lorsqu'elles étaient suivies par des sage-femmes, le fait qu'elles ne se rasent pas, qu'on les autorise à consommer certains liquides, non pas des aliments à proprement parler, mais des liquides qu'elles ingèrent, le fait qu'il y ait moins d'épisiotomies ou moins d'incisions pratiquées lors de l'accouchement signifie qu'elles ne sont pas cathétérisées par voie intraveineuse, si cela n'est pas justifié... Ces éléments ont donc commencé à occuper une place centrale et constituent désormais une réglementation pour les hôpitaux ou les maternités ici en Équateur, et plus particulièrement ici à Quito.

00:09:37 *Chercheur*

D'accord, je comprends. Et vous, personnellement, d'un point de vue à la fois personnel et médical, comment interprétez-vous ou percevez-vous ces types de pratiques ? Avez-vous un avis sur elles ?

00:09:51 *Beatriz*

Je veux dire, c'est très bien parce qu'à un moment donné de ma formation universitaire de médecin, j'ai fait un stage au Centre de santé de Guamaní, et au Centre de santé de Guamaní, il y avait une zone hospitalière pour les accouchements normaux. À l'époque, on leur posait des perfusions, on leur faisait des lavements, on les rasait. Dans ce même centre de santé, il y avait aussi le bureau d'un chaman, et on pouvait y accoucher gratuitement dans n'importe quelle position, la patiente arrivant avec sa famille. Les femmes autochtones sont généralement accompagnées de leur famille, qui les accompagne lors de l'accouchement, en particulier les femmes, elles entrent en phase de travail, et c'est une bonne chose car cela permet de toucher davantage de patientes. Si nous ne suivons pas ce que nous avons appris, notre formation universitaire, nous n'atteindrons pas autant de patients, nous n'atteindrons pas le total. Pour autant, même si nous acceptons davantage de choses en faveur des coutumes liées au travail de l'accouchement, des traditions, nous n'avons toujours pas réussi à atteindre l'ensemble de la population équatorienne en matière de soins de santé, mais l'objectif est d'atteindre davantage de personnes et de faire en sorte que les patients se sentent acceptés en tant que tels, avec leurs coutumes et leurs croyances.

00:11:35 *Chercheur*

D'accord, oui, bien sûr, c'est tout à fait logique. Oui, cela m'amène à une autre question que je me posais : durant votre formation, je voulais savoir si vous aviez reçu une formation en santé interculturelle, en pratiques médicales autochtones ou quelque chose de ce genre.

00:11:55 *Beatriz*

Non, pas pendant la formation académique à proprement parler, non, pas du tout, pas du tout. C'est très, c'est très rigoureux et il n'y a pas de formation à l'accouchement en position libre ni d'acceptation des coutumes, ce n'est pas le cas. La pratique, c'est ce qu'elle vous apporte, ce qu'elle nous apporte, par exemple, le fait d'essayer de toucher le plus grand nombre de personnes, mais en tant que formation, non.

00:12:23 *Chercheur*

Rien, pas même des cours d'histoire ou sur ce qui se fait ou faisait.

00:12:28 *Beatriz*

Rien. Non. Enfin, non. Non.

00:12:33 *Chercheur*

D'accord, c'est catégorique. Et, pour revenir à votre expérience avec les patients autochtones dans votre pratique, vous souvenez-vous de situations où des différences culturelles, ou peut-être des malentendus, voire de la méfiance, sont apparus ? Quelqu'un m'a raconté quelque chose comme ça. Pouvez-vous vous souvenir d'une situation où tout cela a joué un rôle ? Cela a-t-il influencé un processus de soins pendant la grossesse et l'accouchement, ou les soins en général ?

00:13:11 *Beatriz*

Oui, surtout quand les patients ne parlent pas espagnol, alors ils parlent kichwa. Ici, à l'hôpital, je connais un seul assistant qui parle kichwa, et donc, lorsque des patients autochtones arrivaient, la communication posait problème. Et parfois, nous devions compter sur un membre de la famille qui parlait espagnol, ou obtenir son aide. Et puis, le monsieur, la dame ou le parent, il servait d'intermédiaire pour dire à la dame : « Nous allons vous examiner, nous allons vous voir, nous allons surveiller le bébé. » Alors oui, parfois cela dégénérerait en conflit, et alors nous cherchions un membre de la famille. Ou bien nous cherchions quelqu'un qui connaisse au moins quelques mots pour nous faire comprendre par cette dame.

00:14:12 *Chercheur*

D'accord, vous cherchez donc des solutions à ce problème, mais pensez-vous que le fait d'avoir un intermédiaire, quelqu'un qui interprète de cette manière, puisse être un obstacle à l'attention, ou pensez-vous que c'est uniquement positif ?

00:14:34 *Beatriz*

Oui, c'est un peu problématique, le fait de ne pas pouvoir communiquer directement avec la mère est un peu problématique. Parce que parfois nous nous fions à un membre de la famille, généralement le mari ou un proche parent, mais parfois, comme ils ne comprennent pas l'aspect médical, nous ne savons pas s'ils lui expliquent les choses telles qu'elles sont réellement.

00:15:00 *Chercheur*

Bien sûr, oui. C'est tout à fait logique, oui, et au-delà des patients autochtones, j'aimerais également savoir si vous avez déjà collaboré ou interagi de quelque manière que ce soit avec des sage-femmes ou d'autres professionnels de la santé traditionnels.

00:15:22 *Beatriz*

Non, ma seule expérience dans ce domaine, comme je l'ai dit, remonte à un stage que j'ai effectué dans ce centre de santé, où il y avait une sage-femme et un chaman.

00:15:34 *Chercheur*

Oui, c'est exact, mais à part ça...

00:15:37 *Beatriz*

Non, rien.

00:15:38 *Chercheur*

D'accord. Et pensez-vous qu'inclure ce type d'acteurs comme sage-femmes, et en fait les intégrer au système de santé formel, soit une bonne chose ? Pensez-vous qu'ils pourraient jouer un rôle important, ou simplement un rôle intéressant ou positif ?

00:15:59 *Beatriz*

Oui, absolument oui, absolument oui, surtout au premier niveau de soins, car ici, étant donné que nous sommes déjà au troisième niveau de soins, nous sommes beaucoup plus spécialisés. Les patients les plus complexes sont admis ici, mais il serait bon de les intégrer au personnel dès les premiers soins. Une sorte de sage-femme, voire un chaman.

00:16:25 *Chercheur*

Oui bien sûr. Existe-t-il des raisons précises qui vous font croire cela, ou est-ce simplement un sentiment ?

00:16:38 *Beatriz*

Je ne saurais vous dire, car ce centre de santé de Guamaní disposait des trois, mais si l'on se dirige un peu plus vers le centre de Quito, il y en a moins ou pas. Et c'est donc à la direction ou au directeur du centre de santé qu'il revient de toucher un plus grand nombre de personnes.

00:17:21 *Chercheur*

Et serait-il possible de les inclure dans un hôpital de niveau trois comme celui où vous travaillez, ou pas ?

00:17:32 *Beatriz*

En tant que sage-femmes, oui, c'est sans doute une bonne expérience de s'occuper de patients normaux, sans aucune autre pathologie. Ce n'est plus le cas lorsque les patientes présentent des complications plus importantes qu'une grossesse normale, comme le diabète, la prééclampsie ou toute autre affection mettant en jeu la vie de la mère.

00:17:58 *Chercheur*

D'accord, oui. Je suis d'accord, c'est logique. Donc maintenant, d'un point de vue peut-être plus institutionnel, le gouvernement équatorien, vous savez qu'il promeut officiellement la santé interculturelle, et j'aimerais savoir ce que ce concept signifie pour vous dans votre pratique professionnelle ?

00:18:24 *Beatriz*

Cela signifie que nous devons être plus ouverts envers la population qui, elle, n'est pas une minorité ici en Équateur ; elle représente 14 nationalités et 18 peuples autochtones, *etc.* En termes de chiffres de population, cela représente un bon pourcentage de l'Équateur, compte tenu du fait que nous sommes en partie autochtones et que ces patients ont besoin d'attention. Et oui, nous sommes effectivement d'accord, je suis d'accord, nous pouvons bénéficier de la possibilité d'atteindre cette population qui est encore composée de personnes qui accouchent à domicile et rencontrent des complications en essayant de les gérer, complications qui pourraient être évitées.

00:19:17 *Chercheur*

C'est clair. Concrètement, y a-t-il des aspects de la santé interculturelle que vous observez dans votre pratique qui fonctionnent bien ou, à l'inverse, pas du tout ? Je ne sais pas si c'est logique.

00:19:34 *Beatriz*

Oui, je veux dire, ça pourrait être dû au fait d'avoir confiance, trouver un moyen de me présenter, d'établir un contact et de mettre ces patients suffisamment à l'aise pour qu'ils me confient leurs sentiments. À un moment donné, oui, dans ma vie privée en tant que telle, j'ai eu un cas où il a fallu rendre visite à une dame à domicile parce qu'elle ne voulait pas aller à l'hôpital. Et puis, grâce à la confiance, j'ai pu convaincre cette dame d'aller à l'hôpital. Et elle n'était pas forcément une patiente en obstétrique pour un accouchement ; elle avait besoin de soins de médecine interne.

00:20:29 *Chercheur*

Oui, la confiance est l'élément le plus important pour toi.

00:20:33 *Beatriz*

Oui, oui, oui, parce que, surtout les populations autochtones, si elles n'ont pas confiance, elles n'iront même pas au coin de la rue, elles n'y arriveront même pas. Ainsi, pour bénéficier des prestations de santé, il est très important d'avoir confiance en son médecin et que celui-ci soit très éthique dans sa pratique envers ses patients.

00:21:01 *Chercheur*

Oui bien sûr. Et vous pensez qu'il y a des choses qui peuvent rendre difficile la mise en œuvre de l'interculturalité, dans le sens de cette confiance en pratique ?

00:21:13 *Beatriz*

Cela dépend peut-être de chaque individu, car bien sûr, il peut s'agir d'une règle, d'un protocole du ministère de la Santé, mais si le membre du personnel soignant ne le souhaite pas à titre individuel, cela ne se fera pas. Ce ne sera pas bénéfique.

00:21:37 *Chercheur*

C'est logique. Et pensez-vous qu'il existe des gens comme ça qui ne veulent pas faire cet effort ?

00:21:48 *Beatriz*

Oui, il y en a toujours, il y en a toujours. [Pause, réflexion] Ouais.

00:21:57 *Chercheur*

Voyons voir. Ah, oui. Attends, comme tu l'as déjà mentionné, j'avais beaucoup de questions que je ne suis du coup pas obligé de poser, c'est vraiment cool. Je voulais aussi savoir si... Cela avait également un lien avec la confiance... Ah, oui ! Existe-t-il des types de connaissances ou de compétences que vous, et vous en général en tant que professionnels de la santé, pourriez apprendre des sage-femmes ou d'autres acteurs traditionnels pour offrir de meilleurs soins ?

00:22:45 *Beatriz*

Oui, oui, bien sûr, nous les sage-femmes, bien que nous connaissions, bien que nous soyons familiarisées avec la réglementation ESAMyN en tant que telle, comme je l'ai dit, elle est déjà réglementée par le

ministère de la Santé publique, mais nous n'avons pas eu l'occasion de... Par exemple, il y a environ deux semaines, ils nous ont montré récemment quelques manœuvres ou exercices que la patiente peut effectuer pour assurer le bon déroulement d'un accouchement en position libre. Et puis nous avons commencé les exercices.

00:23:34 *Beatriz*

J'ai personnellement commencé à consulter des pages, des pages sur YouTube, des pages sur Facebook, et à suivre des sage-femmes qui obtiennent de meilleurs résultats en matière de soins à l'accouchement. Et nous pouvons alors combiner la formation de la sage-femme avec la formation académique que nous avons, que nous qualifierions de très... elle n'offre pas beaucoup d'indications sur la voie à suivre, c'est-à-dire une formation très directe, très académique. Comme je le disais précédemment, nous n'avions jamais reçu de formation académique dans le domaine de l'accouchement en position libre ou coutumière, nous n'avions rien de tout cela. Ces deux éléments pourraient être liés afin d'offrir de meilleurs soins aux patients.

00:24:34 *Chercheur*

Et vous le pensez aussi, c'est peut-être un peu plus philosophique, mais quel impact cela pourrait-il avoir, selon vous, non pas d'un point de vue médical, mais aussi psychologique, pour les femmes qui participent à une telle collaboration ? Pensez-vous que cela pourrait changer quelque chose ?

00:25:00 *Beatriz*

Cela changerait le point de vue de certaines communautés autochtones ou Montubio sur la santé, sur un hôpital.

00:25:15 *Chercheur*

Si vous pouviez concevoir la collaboration idéale entre le personnel biomédical et les acteurs traditionnels tels que les sage-femmes, à quoi ressemblerait-elle ? À votre avis, que faudrait-il faire ou éviter pour qu'une telle collaboration soit possible ?

00:25:38 *Beatriz*

Avant tout, je crois qu'il faut d'abord céder. Si quelqu'un dit : « Je suis médecin, j'ai été formé comme ça et je ne peux pas changer », il ne changera pas. Mais si quelqu'un accepte et dit non, c'est-à-dire « peut-être que ces autres personnes qui ont une approche différente, une autre façon d'améliorer la santé des gens », c'est bien, alors on procède au changement. C'est pourquoi je disais que tout le monde n'acceptera pas ce changement.

00:26:15 *Chercheur*

Clairement. Pensez-vous qu'il existe un moyen de convaincre les personnes qui refuseraient de le faire pour qu'ils le fassent ?

00:26:28 *Beatriz*

Oui, vous pourriez commencer par des discussions, par exemple. Des exposés, des présentations. Peut-être que le fait de voir le quotidien d'une sage-femme changera le point de vue des personnes plus fermées d'esprit.

00:26:54 *Chercheur*

Oui, c'est possible, oui, je le pense aussi. Et, encore une fois, tout dépend de votre opinion, du pourcentage de personnes — médecins, infirmières, *etc.* — quel pourcentage pensez-vous serait prêt à faire ces changements, et quel pourcentage ? Plus ou moins, bien sûr, je doute que vous donniez des chiffres exacts, mais depuis votre expérience.

00:27:32 *Beatriz*

Autrement dit, je ne peux pas parler des autres hôpitaux, seulement du mien. Je pense que 60 % seraient capables de changer, d'adopter une démarche différente.

00:27:57 *Chercheur*

Eh bien, nous voici arrivés au terme des questions que j'avais préparées. Je voulais simplement vous demander s'il y a quelque chose, tiré de votre expérience, dont nous n'avons pas parlé ou sur lequel je ne vous ai pas posé de question, mais que vous jugez assez important ou intéressant, voire tout simplement...

00:28:24 *Beatriz*

L'importance de ce sujet ? C'est assez intéressant, comme je l'ai dit, depuis environ 5 ans maintenant, plus que ces 4 dernières années, depuis environ 4 ans, la maternité a beaucoup changé en ce qui concerne l'attention portée à l'accouchement et la manière dont nous le présentons aux personnes qui commencent à être suivies en consultation externe. Ceci s'adresse aux patientes qui n'ont pas de rendez-vous en consultation externe ou qui ne viennent pas comme patientes de longue durée à la maternité, mais qui viennent uniquement pour accoucher. Oui, les mentalités évoluent, car dans certains cas, elles ont dit : « Non, j'ai accouché ici il y a 12 ans, il y a 20 ans, et ce n'est plus pareil. » Maintenant, c'est très positif pour les patients. De nombreux patients sont revenus ici parce qu'on leur a dit que, eh bien, maintenant elles laissent entrer les membres de leur famille, ou elles peuvent laisser entrer leurs maris qui n'étaient pas autorisés à entrer auparavant. Et puis, bien sûr, cela les attire beaucoup et nous assure une plus grande couverture médiatique, et c'est très bon pour les patients.

00:29:39 *Chercheur*

Vous constatez donc vous aussi un changement d'attitude ?

00:29:42 *Beatriz*

Positif. Oui, oui, oui, oui, oui. Oui, mais maintenant, nous devons aussi être très ponctuels. Il y a des choses qui peuvent être faites lors d'une grossesse normale, tout est possible, mais il existe des pathologies dans les grossesses à haut risque où il n'y a rien d'autre à faire que d'accepter que la patiente et un membre de sa famille soient présents lors de l'accouchement et/ou de la césarienne.

00:30:13 *Chercheur*

Oui, c'est logique. Si les changements sont également visibles, alors ils sont d'ordre pratique et non pas seulement théoriques.

00:30:22 *Beatriz*

Ce n'est pas quelque chose de théorique.

00:30:24 *Chercheur*

Génial ! C'est également positif. Enfin, c'est mon avis, mais peut-être que je ne devrais pas le dire. Mais d'après ce que je comprends, vous le voyez aussi comme quelque chose de très positif.

00:30:36 *Beatriz*

Oui, oui, oui, quelque chose de très positif.

00:30:39 *Chercheur*

Alors, une dernière question avant de vous quitter. Il serait donc intéressant de savoir comment vous envisagez l'avenir de cette question en Équateur. Voyez-vous cela comme une bonne chose, ou y a-t-il des obstacles qui pourraient nous freiner, ou en d'autres termes...

00:31:02 *Beatriz*

Je ne pense pas que nous retournerons en arrière maintenant. Je crois que nous avançons. Le fait que nous puissions intégrer l'aspect culturel, les coutumes, Les coutumes ancestrales, dans notre pratique quotidienne, c'est très positif pour la santé publique de l'Équateur.

00:31:23 *Chercheur*

Et pensez-vous que cela deviendra de plus en plus courant à l'avenir ?

00:31:28 *Beatriz*

Oui, nous espérons que cela se développera à plus grande échelle, même au niveau privé. Ce serait l'objectif. Nous l'espérons. Je crois que oui.

00:31:39 *Chercheur*

Peut-être alors aussi dans le domaine de l'éducation et de tout ce qui touche à l'enseignement théorique.

00:31:43 *Beatriz*

Oui, le fait que la formation ne soit plus si théorique et qu'elle en fasse désormais partie intégrante change aussi un peu la donne. En d'autres termes, précisons que la formation dans le domaine des soins axés sur les coutumes est assurée par les *parteras* en tant que telles, mais que si la formation du médecin lui-même venait à changer, ce serait très positif pour l'Équateur.

00:32:09 *Chercheur*

Oui, j'ai aussi entendu parler récemment de l'année rurale qui est mise en place dans la formation médicale. Je ne sais pas si vous avez entendu parler de ça.

00:32:22 *Beatriz*

Eh bien, c'est l'année rurale qui vous fait vraiment prendre conscience de la réalité de l'Équateur, car pendant cette année, dans mon cas par exemple, j'ai étudié pendant 7 ans et ce jour-là, c'était ma huitième année. La huitième année était déjà consacrée à la médecine rurale. C'est alors que j'ai réalisé que la santé pouvait être accessible à tous. Les choses devraient un peu changer au niveau académique maintenant. La formation dispensée durant les années théoriques devrait transformer la formation elle-même. Une formation académique portant sur toutes les pratiques culturelles, interculturelles et coutumières.

00:33:06 *Beatriz*

Pourquoi la société mérite-t-elle cela ? Une fois qu'on entre dans le secteur rural, comme c'est mon cas par exemple depuis que j'y suis entré, il faut faire un pas vers l'ouverture, vers d'autres choses.

00:33:21 *Chercheur*

Donc cela existait déjà lorsque vous étudiez, vous êtes arrivé jusqu'à ce point sans avoir aucune expérience.

00:33:32 *Beatriz*

Bien sûr, je n'avais pas d'armes, je veux dire, je n'avais pas d'armes, et quand je suis allé en zone rurale, c'est là qu'on se rend compte qu'il faut absolument atteindre la population, sinon aucun patient ne viendra à votre cabinet ou au centre de santé où vous vous trouvez.

00:33:46 *Chercheur* 00:33:47 *Chercheur*

D'accord, oui, c'est un peu différent de ce que j'avais imaginé, mais bon, si vous n'avez rien d'autre à dire, je ne sais pas s'il y a un autre sujet, que nous n'avons pas abordé, qui vous vient à l'esprit ?

00:34:05 *Beatriz*

Non, je crois qu'on a déjà parlé de tout, je crois bien.

00:34:09 *Chercheur*

Parfait, c'est super alors, et merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Je vais terminer l'enregistrement.

Annexe 4 : Entretien avec Carolina

00:00:00 *Chercheur*

Voilà, parfait. Merci beaucoup d'aborder ce sujet avec moi, et je propose que nous commençons directement pour ne pas nous attarder. Pour commencer, je voulais simplement vous demander de me parler un peu de votre parcours académique et professionnel.

00:00:23 *Carolina*

Bien sûr, merci pour cette opportunité de partager un peu ce que nous faisons au quotidien, ce que nous sommes, au final. Eh bien, je suis équatorienne, je suis née à Loja. Loja est la province frontalière du Pérou. J'y suis restée durant mes premières années d'école et au lycée, puis, à l'université, je suis revenue dans la capitale, Quito, où j'ai maintenant résidé pendant environ 16 ans. J'ai fait des études de premier cycle, c'est-à-dire que j'ai étudié pour devenir docteur à l'université en Équateur. J'y ai obtenu mon diplôme et j'ai effectué mon année de stage en médecine rurale, obligatoire ici, à Otavalo, dans une communauté indigène. Ce fut une expérience très enrichissante à bien des égards, mais aussi complexe car elle impliquait un choc des cultures. Nous pratiquons donc une forme de médecine très occidentale. Aujourd'hui, avec l'essor de la médecine fondée sur les preuves, tout fonctionne ainsi, et dans ces régions où les racines sont encore très présentes, tout le travail se fait par l'intermédiaire des ancêtres, par la médecine transmise de génération en génération. Ce fut un choc culturel difficile, complexe, mais magnifique à la fois, car extrêmement enrichissant non seulement par les connaissances acquises, mais aussi en nous faisant prendre conscience que ce que nous possédons aujourd'hui repose sur des fondements. Non ? Autrement dit, ce sujet, le sujet occidental, ce type de médecine a une base, et notre base réside dans la découverte de la plante qui a permis de soulager une situation particulière qui s'était présentée. C'était une expérience très chouette. J'ai beaucoup d'affection pour l'endroit où j'ai fait ça, c'est tout près de la ville d'Otavalo et c'est l'un des petits villages qui font partie des communautés autour du lac San Pablo à Imbabura, offrant ainsi une vue magnifique. Puis alors j'ai terminé mon année, qui s'est très bien déroulée, et j'ai passé mon examen de troisième cycle. J'ai terminé mon stage en médecine rurale en juin de cette année-là et j'ai commencé mes études supérieures en août de la même année. Si j'ai passé mon examen, c'est parce que je voulais voir à quoi ça ressemblait vraiment. Alors, mon idée était soit, OK, eh bien, essayons et voyons. Comment ça marche, comment ça fonctionne, qu'est-ce qu'ils vous demandent, *etc.* ? C'était le but, n'est-ce pas ? Et finalement, j'ai réussi et j'ai été admis en études supérieures. J'ai intégré un programme de troisième cycle dans une autre université, un programme de spécialisation de quatre ans en chirurgie clinique. Je suis gynécologue-obstétricienne. Eh bien, après ces 4 années, j'ai obtenu mon diplôme et j'ai commencé à travailler dans le secteur privé. Après avoir obtenu mon diplôme, j'ai d'abord travaillé dans des compagnies d'assurance privées, chez des prestataires de services privés et dans mon propre cabinet pendant environ trois ans. J'ai eu l'opportunité d'intégrer le système public du pays, car au niveau du ministère de la Santé publique, où je travaille aujourd'hui, je travaille à l'hôpital, dans un hôpital de référence de troisième niveau pour les maternités dans le pays, eh bien, j'y suis depuis près de 3 ans. Je suis très contente de ce que je fais. Travailler dans le secteur privé est également très différent de travailler dans le secteur public. Il ne s'agit pas d'un écart gigantesque non plus, je pense que ce n'est pas un écart trop important, car au final, nous sommes tous dans ce monde pour être pris en charge, mais oui, il reste un fossé considérable et je pense que cela fait partie de mon travail aujourd'hui : c'est un petit pas vers la réduction de cet écart, du moins en ce qui concerne les soins personnalisés aux patients. Non ?

00:05:07 *Carolina*

Je pense que le système de santé public de mon pays a été historiquement reconnu à maintes reprises comme agressif envers le patient, compte tenu de tout ce que cela implique, n'est-ce pas ? En fait, il y a beaucoup de choses derrière cela, mais je peux aussi reconnaître qu'il y a un changement générationnel chez les médecins, chez les professionnels de la santé, dans leur formation. Cela nous donne donc aujourd'hui l'opportunité d'essayer de réduire cet écart, du moins sur ce point. Alors voilà, j'y travaille depuis environ 3 ans, j'adore ce que je fais et voilà. Voilà un aperçu de mon parcours. Je continue bien sûr à exercer en libéral, dans mon cabinet, et je travaille également dans un centre médical privé. C'est ce que je fais au quotidien.

00:06:09 *Chercheur*

OK, parfait, merci beaucoup. Vous parliez donc d'un écart, et cela me permet de répondre à une de mes questions suivantes, ce qui m'intéresserait justement. À quelle fréquence environ voyez-vous des patients autochtones, qui, je le sais, constituent une partie relativement petite mais tout de même importante de la population ?

00:06:34 *Carolina*

Écoutez, actuellement c'est un pourcentage assez faible, je parle de certains peuples autochtones en tant que tels, environ une centaine, peut-être deux, d'accord. Actuellement, eh bien, comme je vous le disais à propos de la clinique médicale rurale, en raison de ma situation géographique, c'est ce que je faisais auparavant, mais actuellement la population autochtone est très réduite. Leur culture reste prédominante et ici, dans notre pays, nous avons à l'hôpital d'Otavalo un établissement qui emploie des sage-femmes. Il travaille avec des sage-femmes, il les forme et les éduque un peu aussi. Ils essayent d'établir un lien, voyez-vous ? Et donc, ils préfèrent évidemment cela, car pour eux, cela reste comme à la maison. Donc oui, la population autochtone que nous desservons actuellement au niveau de ce système public est très, très, très petite.

00:07:44 *Chercheur*

Oui. Et, même si ce n'est qu'une infime partie, peut-on peut penser à certaines particularités quant à l'attention médicale pour ces femmes autochtones ?

00:08:00 *Carolina*

Oui, bien sûr que oui, c'est un monde, un univers différent, c'est exact. Il y a encore un peu à apprendre pour la connexion avec eux, d'une manière très respectueuse de leurs origines, de leur façon de penser, afin de pouvoir partager ce moment avec eux. Non, car, par exemple, même si nous avons actuellement des projets en cours dans le système public sur ce sujet, comme l'accouchement en position libre, nous le faisons maintenant comme quelque chose... Cette possibilité est offerte quotidiennement à tous les patients, c'est-à-dire à tous les patients. C'est quelque chose auquel la patiente autochtone accorde beaucoup plus de valeur, car l'éducation qu'elle reçoit en matière d'accouchement est un peu plus axée sur la gravité : « Ce n'est pas correct, je m'en sors mieux si j'accouche debout », par exemple. Oui, nous avons donc maintenant mis en place ce type d'éducation et de soins généraux pour nos patients, mais nous abordons ces questions en disant : « Vous pouvez faire ce qui vous convient le mieux », car en fin de compte, c'est moi qui dois m'adapter. Cela crée un rapprochement.

00:09:29 *Chercheur*

Oui, bien sûr, j'imagine. Mais c'est spécifique à l'hôpital où vous travaillez, ou est-ce plutôt général à l'échelle nationale ?

00:09:36 *Carolina*

Il s'agit d'un programme national. Notre pays compte des hôpitaux agréés. Ce projet s'appelle ESAMyN, c'est son nom ici dans le pays. À l'international, on l'appelle ISI. Il existe déjà, dans une certaine mesure, une législation internationale qui traite de ce type de problème. Eh bien, ils le faisaient avant nous, en fait. Mais cette réglementation existe déjà, et bien que tous les hôpitaux n'aient pas encore obtenu l'accréditation, une grande partie d'entre eux, notamment ceux dédiés spécifiquement aux maternités et les centres de santé qui ont la possibilité d'assister aux accouchements, appliquent déjà cette réglementation, qui est obligatoire dans le pays.

00:10:27 *Chercheur*

D'accord. Bien.

00:10:30 *Carolina*

C'est super intéressant. Par ailleurs, nous avons bien un régent international, n'est-ce pas ? Autrement dit, dans la réglementation internationale, on l'appelle ISI. Ils prennent déjà en charge ces 12 étapes fondamentales, dont celle de l'accouchement respectueux. On appelle cela un établissement adapté aux enfants et aux mères. Voilà donc le concept. Oui, mais oui. Nous commençons à l'introduire progressivement, et c'est une aide précieuse pour la prise en charge de ce groupe de population, n'est-ce pas ?

00:11:04 *Chercheur*

Clairement. Mais... L'une de mes questions était de savoir si vous aviez déjà entendu parler, observé ou participé à des pratiques traditionnelles personnelles liées à l'accouchement. Et aussi comment vous interprétez ou percevez personnellement ces types de pratiques, et aussi, peut-être en dehors de l'accouchement en position libre, s'il en existe d'autres dont vous avez entendu parler.

00:11:34 *Carolina*

Nous adressons ici la question de l'accouchement en position libre, mais le projet comprend également d'autres aspects, comme la possibilité pour la patiente d'ingérer des aliments ou des liquides pendant l'accouchement. Il s'agit d'une pratique relativement nouvelle dans notre milieu, car il y a quelque temps, quand j'étais étudiant, ce n'était pas autorisé. En d'autres termes, la patiente qui était en accouchement ne recevait rien par voie orale ; par exemple, toutes les patientes avaient un dispositif veineux pour l'hydratation. On les rasait et on leur administrait également des lavements. Une autre pratique très courante était la liposuccion. Et là aussi, la présence de la famille n'était pas autorisée ; non, c'était l'accouchement de la patiente, le médecin, et ensuite seulement le père ou un membre de la famille rencontrait le bébé qui venait de naître. Mais ce projet inclut tout cela, en fait la modification... [tousse] Excusez-moi, mais permettre à la patiente de manger pendant le travail, lui offrir la possibilité de contrôler sa douleur sans médicaments, laisser son accouchement se dérouler de la manière la plus naturelle et respectueuse possible, c'est-à-dire suivre son processus, si tout va bien, si elle va bien, si le bébé va bien. Pourquoi aurais-je besoin d'accélérer le travail, de manœuvrer ou d'agir pour le hâter ? Non, enfin, je veux dire, j'ai la possibilité de la respecter ici, si tout se passe bien. Évidemment, s'il y a quelque chose qui ne me plaît pas, mon comportement change, mais si tout se passe bien, ce sont des actions dans lesquelles nous sommes maintenant pleinement investis, ce qui est excellent, et j'ai toujours pensé qu'elles étaient un peu nouvelles ou un peu... peut-être récemment adoptées par le système public, car le système privé traite le patient de manière très similaire depuis longtemps. Dans le système privé, on n'imagine même pas interdire au père d'accompagner la femme lors de l'accouchement, c'est une idée

complètement absurde. Autrement dit, le patient du secteur privé a toujours bénéficié de ce privilège. N'est-ce pas ? Qu'il s'agisse d'être accompagnée, d'être choyée, d'avoir telle musique, de jouer la musique que vous voulez, vous lui dites, la musique avec laquelle vous voulez que votre bébé vienne au monde, jouez-la, qu'il s'agisse d'aromathérapie. Autrement dit, cela se faisait déjà, mais de manière privée et privilégiée. Et maintenant que le système public s'en est emparé, eh bien, c'est spectaculaire parce qu'au final, cette différence ne devrait pas exister : l'opportunité et le fait qu'il existe désormais une ressource d'investissement pour cela justifient, et justifiaient à l'époque, un changement structurel dans les centres de soins. Ou, si vous avez un patient accompagné d'un membre de sa famille, vous ne pouvez pas avoir une salle, vous devez avoir des box individuels, n'est-ce pas ? Cela permet au patient de préserver son intimité avec son proche. Donc, des ressources importantes, un investissement conséquent, ont soutenu cette initiative, ce qui est excellent pour le patient.

00:15:20 *Chercheur*

Pensez-vous que ce changement soit facile pour tous les médecins, tous les infirmiers, et tout le personnel biomédical ?

00:15:32 *Carolina*

Non, je pense que c'est un processus. Honnêtement, je pense que ça a été un processus très difficile. Car, par exemple, imaginons, si la patiente souhaite être assise maintenant et qu'elle souhaite ensuite s'allonger au cours du travail, cela signifie que la chaise et le lit vont se salir. Donc, ok, ça veut dire que la personne chargée du nettoyage doit nettoyer la chaise et le lit. Non seulement le lit, mais le lit, et s'il fallait le déplacer dans une autre pièce, deux se salissaient, donc maintenant je n'ai pas à en nettoyer un, je dois en nettoyer deux. Ce processus devient donc extrêmement complexe à partir de ce moment-là. Nous autres, professionnels de la santé, ne l'avons pas tous adopté non plus... Il y en a aussi qui... Malgré moi, par exemple, malgré tout l'amour et le plaisir que j'éprouve pour ce type de projet, je rencontre des difficultés, des complications au quotidien, surtout avec les personnes qui ne partagent pas cette approche. Par exemple, si une patiente souhaite accoucher dans certaines positions, disons à quatre pattes, n'est-ce pas, cela signifie que je dois maintenant m'agenouiller par terre pour attendre le moment de l'accouchement, et dans cette position, confortable pour elle mais inconfortable pour moi, je dois attendre et m'occuper d'elle. C'est assurément un choc culturel et un bouleversement pour notre formation, car lorsque nous avons appris, nous n'avons pas appris de cette manière. Quand nous avons appris, nous avons appris que la patiente était sur la table d'accouchement en position gynécologique et qu'elle était assise très confortablement en attendant la naissance. Ces choses ne sont donc pas entièrement bien accueillies par tout le monde, car il y a un malaise sous-jacent. Oui, cela peut parfois engendrer des complications car le raisonnement repose sur la pensée : « Comment puis-je fournir un bon service si je ne suis pas à l'aise ? » Donc c'est quelque chose, c'est une dualité, d'accord, mais la seule solution est de le faire. Autrement dit, si vous ne commencez pas à le faire, quand allez-vous apprendre ? Si vous dites « Vous ne pouvez pas » ou « Non, je ne suis pas à l'aise et donc je ne peux pas y assister », alors, quand vas-tu apprendre ? Et voilà comment tout fonctionne.

00:18:28 *Carolina*

Autrement dit, nous ne pensons pas qu'il suffise d'apprendre à prodiguer des soins en position de lithotomie parce qu'à un moment donné, nous pouvons devoir faire face à toute éventualité, oui, mais c'est la pratique, le fait de continuer à le faire, qui nous a permis d'être si efficaces dans ce type de soins, et cela fonctionne de la même manière, mais plutôt pour changer la mentalité des gens et désapprendre ce que j'ai appris. Apprendre quelque chose de nouveau est un processus complexe, un processus difficile ; ce n'est pas facile pour tout le monde. J'ose dire que dans mon entourage, j'ai constaté que tout

le monde a changé. Maintenant, oui, c'est à des degrés divers, d'accord, il y a des collègues qui disent, je veux dire, le patient va accoucher à quatre pattes : « Carolina, le patient souhaite accoucher à quatre pattes ».

00:19:26 *Carolina*

Oui, il y a encore cette résistance à certaines choses, même aujourd'hui, mais il y a des choses générales à prendre en compte, par exemple, actuellement, tous les professionnels avec lesquels je travaille proposent un accompagnement. Tous. Je n'ai vu personne refuser cette pratique, et c'est quelque chose qui s'est désappris parce que cela ne se faisait pas auparavant. Bon, maintenant tout le monde autorise aussi la musicothérapie et l'aromathérapie. Aujourd'hui, les gens ont changé. À des degrés divers, d'accord, mais j'ai constaté un changement même dans les générations précédentes. Je ne veux pas parler de mes collègues plus âgés, mais je le constate dans la génération précédente de formateurs, qui a une perspective légèrement différente. Je le vois, enfin, je vois un changement, peut-être pas à 100 %, mais il est là, enfin, il a commencé. Et cela signifie qu'il n'y a pas de retour en arrière, non, et c'est ainsi que les choses se passent, même si cela n'a pas été facile pour le personnel médical et bien sûr, encore moins pour le personnel auxiliaire ou infirmier, non, cela n'a pas été simple non plus. Je pense, en fait, que la plus grande difficulté vient un peu de ces problèmes : si je veux me déplacer, je dois passer derrière la patiente en tenant sa couche, de sorte que... Ce genre de chose peut parfois poser un peu de difficultés au personnel, n'est-ce pas ?

00:21:16 *Chercheur*

Bien sûr, je peux l'imaginer. Alors, durant votre formation, avez-vous suivi des cours sur l'interculturalité, l'histoire autochtone ou quelque chose de ce genre avant d'intégrer l'école rurale ?

00:21:30 *Carolina*

Non, rien, rien. Dans le cadre de ma formation médicale en tant que telle, avant celle en milieu rural que j'ai suivie... J'ai dû aller dans le quartier où je me trouvais, et je ne savais rien, absolument rien... Notre système éducatif, eh bien, je ne sais pas comment c'est maintenant, certaines choses ont changé, mais à l'époque où j'étais étudiante, l'enseignement était exclusivement occidental, sans cette possibilité d'interaction culturelle. Pour moi, c'était tout à fait nouveau, la première fois durant l'année rurale. Non, mais je pense aussi que cela m'a un peu préparé, car maintenant qu'il y a eu ce changement de système, ce n'était pas si nouveau pour moi, ce n'était pas facile non plus, car j'ai aussi appris comme tout le monde, mais je pense que j'avais déjà eu, grâce à cette précieuse opportunité de vie rurale, un contact avec la population autochtone et ses pratiques, car il faut apprendre à interagir avec les gens. Dans le secteur rural, il faut être très prudent, car si les choses ne se passent pas comme prévu, cela ruine complètement la relation avec le patient et il n'y a rien à faire, il n'y a rien à faire, il n'y a rien à faire.

00:22:52 *Carolina*

Donc, en matière de formation, ce serait très important, je pense, car nous sommes un pays multiculturel, c'est-à-dire que nous avons notre population, n'est-ce pas ? Nos origines viennent de là, et pas seulement au niveau indigène, au niveau des Shuars, mais aussi au niveau de la population de la côte ou amazonienne. Autrement dit, nous avons une diversité gigantesque, une diversité gigantesque, et nous devrions disposer d'informations, au moins quelque chose qui nous aide à établir ce genre de lien. Par exemple, je ne sais pas comment cela se passera si... Ah, je devrais parler à quelqu'un que je connais qui est allé en Amazonie pour faire du travail humanitaire en milieu rural, parce que c'est un tout autre monde. Alors, bien sûr, il serait important... enfin, je vais prendre note de cette tâche pour lui demander comment ça s'est déroulé... Car nous n'avons pas reçu ce type de formation au préalable.

00:23:53 *Chercheur*

Bien sûr, alors... Je voudrais également revenir sur un point que vous avez évoqué précédemment, à savoir le choc culturel que l'on peut ressentir, et je serais curieux de savoir si vous vous souvenez de situations où il y a eu des différences culturelles ou des malentendus, ou quoi que ce soit qui a influencé le processus de soins pendant la grossesse ou l'accouchement, ou même les soins post-partum.

00:24:31 *Carolina*

Eh bien, je me souviens que nous avions un programme lorsque je faisais du service rural, il s'appelait extra-muros. À cette époque, j'étais médecin généraliste, mais dans les petits centres de santé, les médecins généralistes sont les directeurs du centre. Vous pouvez donc l'imaginer. Quel âge avais-je ? 25 jeunes, peut-être tout juste sortis de l'université et sans aucune connaissance de la manière de servir une population autochtone en tant que responsable de service. Au final, c'est plutôt drôle parce que c'est un défi, non ? Mais je me souviens que parmi les programmes que j'ai gérés, j'ai géré un sujet, nous avons tous géré une activité extra-muros qui consistait à aller visiter la communauté et notre activité extra-muros consistait à aller chercher des femmes enceintes, à les rechercher, je veux dire, même si je vivais avec la population, la population enceinte qui est venue me voir était presque nulle. Mais parfois, la femme enceinte avait quelque chose qu'elle n'avait plus été en mesure de résoudre à son niveau de conviction. Nous avions donc ce programme extra-muros pour les femmes enceintes. Nous allions donc les chercher, nous allions les chercher. Et bien sûr, leur contexte culturel a toujours constitué un facteur limitant, notamment parce que, par exemple, il était très difficile de proposer des compléments alimentaires aux femmes enceintes. Très difficile, très difficile. Du fer, non, je veux dire du fer, oubliez ça, de l'acide folique, oubliez ça, des multivitaminés... Eh bien, je n'en avais pas à ce moment-là, un complément multivitaminé à proprement parler, mais nous avions aussi de l'acide folique et du fer, et c'était très difficile. Nous avons donc dû faire du porte-à-porte. Certains patients nous ont ouvert la porte et nous ont accueillis ; certains étaient aimables, d'autres moins, et enfin, d'autres ne nous ont pas ouvert la porte du tout. Autrement dit, ils étaient là, mais ils ne voulaient pas nous ouvrir la porte parce qu'ils étaient plus proches de leurs sage-femmes. Avec les habitants de la ville, avec la sage-femme du village qui avait mis au monde ses enfants depuis des générations, sa tante, sa sœur, sa mère... C'était donc une difficulté. C'était difficile car nous ne savions pas comment y accéder, comment entrer en contact avec eux, et nous ne connaissions que la médecine occidentale. Ils n'apprécient pas cela, car ils ont été gérés et traités pendant des années par leur population et beaucoup s'en sont très bien sortis.

00:27:55 *Carolina*

C'est une curiosité que j'ai, par exemple, dans le domaine de l'interculturalité : les sage-femmes n'autorisent pas toujours un médecin à assister à l'accouchement. Je n'ai donc jamais eu l'occasion de voir comment une sage-femme gérait l'accouchement et la période post-partum. Mais, par exemple, je peux vous dire en grandes lignes que j'ai reçu des rapports faisant état de très peu de complications, et je sais que cela vient de générations qui le font d'une manière différente de la nôtre, mais nous ne savons pas comment. C'était donc une limitation, ça l'a toujours été. Et puisque la question des soins maternels et de la mortalité maternelle est un indicateur terrible dans ce pays, il nous incombait donc d'aller de porte en porte pour savoir qui nous accueillerait, qui ne nous accueillerait pas, et bien, je veux dire, c'était compliqué, très complexe, mais... Je pense que c'était le plus difficile à ce moment-là, oui.

00:29:14 *Chercheur*

Oui, ce que vous me dites semble difficile.

00:29:18 *Carolina*

Oui, oui. Oui. Bien sûr, c'était un peu compliqué, oui, mais j'avais vingt-cinq ans et je voulais conquérir le monde, alors, bon.

00:29:32 *Chercheur*

Eh bien, c'est peut-être mieux comme ça. Ah. Aussi... Donc, si je comprends bien, vous n'avez jamais collaboré activement avec des sage-femmes pendant l'accouchement ?

00:29:47 *Carolina*

Dans la pratique, non. À un moment donné, nous avons adopté une approche quelque peu théorique de leur mode fonctionnement, plus ou moins comme ils le font, n'est-ce pas ? Mais je n'ai jamais assisté à un accouchement pratiqué par une sage-femme. J'ai vu certaines des manœuvres qu'elles effectuent, comme par exemple, si les bébés sont assis, pour les retourner, elles pratiquent une sorte de manœuvre externe. On l'appelle ainsi car les bébés qui naissent assis ont certaines difficultés lors de l'accouchement, et dans la culture indigène, l'accouchement est perçu comme un reflet de la force d'une femme, accoucher, être mère, le sujet de la césarienne est un peu difficile à concevoir et à accepter pour elles. Ainsi, comme les bébés en siège ont des difficultés à naître par voie vaginale, j'ai vu des manœuvres externes au cours desquelles on retourne le bébé in utero afin qu'il reste la tête en bas.

00:31:03 *Chercheur*

Impressionnant.

00:31:04 *Carolina*

Ouais. C'est un peu dangereux, mais bon, ils ont l'habitude. Je ne l'ai jamais fait, même si cela existe et que c'est décrit, non, mais je n'ai jamais assisté à un accouchement assisté par une sage-femme.

00:31:20 *Chercheur*

Et pensez-vous que les acteurs traditionnels, tels que les sage-femmes, pourraient jouer un rôle important, plus important qu'ils n'en jouent actuellement, dans le système de santé public, parce qu'on essaie de les intégrer petit à petit, mais pensez-vous que cela pourrait atteindre un niveau où elles joueraient un rôle quasi central, peut-être ?

00:31:44 *Carolina*

Je ne sais pas si c'est possible à court terme, mais peut-être qu'à long terme, compte tenu de notre nature interculturelle, nous pourrions avoir quelque chose comme l'hôpital d'Otavalo, c'est-à-dire que là, elles sont propriétaires de leur maternité. Eh bien, ce sont les protagonistes, des boss. C'est exact, elles sont à côté de l'hôpital, car l'idée est que s'il y a une complication dans ce processus, on peut facilement passer de l'autre côté et la résoudre avec ce dont on a besoin, mais c'est à ce niveau que cela se situe. Elles le font, elles sont propriétaires, ce sont elles les patrons, et bien sûr, c'est très proche car il s'agit au final d'une communauté autochtone, n'est-ce pas ? C'est un peu difficile... Là aussi, il y a un peu de... je ne veux pas dire de rejet, car c'est un mot très fort, non... mais il y a de la résistance. D'une certaine manière, pour intégrer cela, il arrive que des personnes ou des sage-femmes, par exemple, se rendent à la maternité pour voir comment cela fonctionne et partager certaines de leurs expériences et connaissances, mais au-delà de cela, il y a encore quelque chose qu'elles n'ont pas été autorisées à faire, disons qu'on ne leur a pas permis de le faire.

00:33:35 *Chercheur*

Je pense que je vois, oui. Il ne nous reste que 5 minutes. La réunion Zoom est limitée à 40 minutes .

00:33:44 *Carolina*

Ah, d'accord, d'accord, d'accord, je comprends.

00:33:47 *Chercheur*

Mais nous arrivons maintenant aux dernières questions. Donc, tout va bien. Je voudrais maintenant vous demander très explicitement ce que signifie pour vous ce dont nous parlons, ce que la santé interculturelle, qui est particulièrement mise en avant, représente pour vous, tant en pratique qu'en théorie.

00:34:16 *Carolina*

Pour moi, la santé interculturelle se traduit par le respect, absolument. Plus tôt, je faisais allusion à ce que nous faisons avant, par exemple, la patiente arrivait et nous la rasions. Peu importe que la patiente l'ait voulu ou non, personne ne lui a demandé si elle le souhaitait, si elle était à l'aise avec cela ou si nous pouvions le faire. Cela faisait partie d'un protocole. Ça peut paraître... Franchement... On coupe les cheveux, on retire la tresse d'une personne autochtone, voilà à quel point cette relation me paraît irrespectueuse à un certain moment. Pour moi, l'interculturalité se traduit donc absolument et complètement par un respect total. Cela dépend de la personne dont vous vous occupez, de sa culture et de ses croyances. C'est donc une question d'empathie, mais il s'agit surtout de respect absolu pour votre patient ou la personne avec qui vous interagissez.

00:35:35 *Chercheur*

Oui, c'est logique, et vous pensez qu'il serait possible de concevoir une telle collaboration entre les acteurs traditionnels et le personnel médical, bien sûr, du système biomédical, public, et pensez-vous que ce soit faisable ?

00:35:53 *Carolina*

Je pense que c'est possible. Je ne pense pas que ce soit facile, mais c'est parce qu'il peut encore y avoir une certaine réticence à partager les connaissances et à accepter celles des personnes qui les ont acquises par héritage. Parce qu'il reste un peu d'ego dont il est difficile de se débarrasser, d'accord ? Mais regardez aussi, nous n'aurions jamais pensé que ce qui se passe aujourd'hui était possible. Je veux dire, les gens disaient « non, vous allez demander à la patiente si elle veut accoucher debout et vous allez vous agenouiller pour vous occuper d'elle ». Non, ça non, alors nous n'avons jamais pensé que c'était possible et pourtant ça l'est. Je veux dire... Pas à cent pour cent, mais le chemin est tracé et il n'y a pas de retour en arrière possible. Je ne pense donc pas que ce sera facile du tout, mais je pense que le voyage a commencé. Je veux dire, je pense que ça a commencé, je crois, et puis, on progresse au fur et à mesure. Donc, rien à faire, il faut juste pousser.

00:37:05 *Chercheur*

D'accord. Je suis entièrement d'accord avec cela. Parfait. Il nous reste deux minutes, donc oui, mais oui, il ne me reste qu'une seule question, vous m'avez déjà répondu au reste sans que j'aie à les poser. Parfait, super, mais parfait, c'est tant mieux comme ça. Donc, oui, ma dernière question était : eh bien, étant donné qu'il nous reste une minute et trente secondes, y a-t-il quelque chose que à propos de quoi je n'ai pas posé de question, mais qui selon vous, est important dans tout cela ?

00:37:46 *Carolina*

Eh bien, je pense que nous devrions simplement tirer parti de ce qui a été entrepris, c'est-à-dire ne pas revenir en arrière dans la manière dont nous élaborons nos prochaines étapes. Pour cela, il faut passer des générations entières ; c'est-à-dire que l'aspect fondamental qui consiste à leur enseigner cette question du respect de l'autre patient, du patient, n'est-ce pas, de la personne avec laquelle on interagit, me semble être le plus important. Je pense que c'est là le changement générationnel en médecine : le droit du patient de décider et notre devoir de respecter sa décision, évidemment. Nous avons tous nos limites en matière de bien-être, mais je pense qu'il est important de ne pas abandonner la voie empruntée et de faire en sorte que les générations futures aient conscience de ce sur quoi nous travaillons. Je crois que c'est l'avenir des soins de santé.

00:38:41 *Chercheur*

Parfait, alors merci beaucoup, je coupe l'enregistrement !

Annexe 5 : Entretien avec Dolores

00:00:03 *Chercheur*

Oui, en théorie, cela devrait fonctionner. Je propose donc que nous ne nous attardions pas et que nous commençons tout de suite. Eh bien, pour commencer, je voulais savoir si vous pouviez me parler un peu de votre carrière professionnelle et peut-être décrire une journée type.

00:00:26 *Dolores*

Parler un peu de mon parcours professionnel, et quoi d'autre ?

00:00:29 *Chercheur*

Et décrire comme une journée de travail typique, si tant est qu'une journée typique existe.

00:00:34 *Dolores*

Oui, une journée typique. Eh bien, je suis Dolores, et je suis actuellement gynécologue-obstétricienne. J'ai suivi une formation de médecin dans une université équatorienne il y a environ 22 ans. J'ai obtenu un doctorat en chirurgie et médecine, après 7 années d'études, puis j'ai effectué mon service rural. Et, dans mon année rurale, que j'ai su que je voulais devenir gynécologue-obstétricienne. J'ai terminé mon service rural, puis j'ai effectué trois années de spécialisation dans la même université, en me spécialisant en obstétrique et gynécologie. Comme ces 3 années étaient financées par le gouvernement, j'ai dû faire 3 années supplémentaires pour obtenir cette bourse. Ils m'ont versé un salaire, mais je l'ai mérité et c'est pourquoi j'ai dû y aller dans des provinces très éloignées comme Zamora, Chinchipe, qui se trouve à l'est, ensuite, j'étais à Francisco de Orellana, qui se trouve dans le nord, et j'étais aussi à Quinindé où j'ai eu l'occasion de travailler avec des Guarani, des Afrodescendants, des Shuar et des métis. Alors, eh bien, voilà, dans cette période de remboursement de bourse, que j'ai développé certaines compétences indispensables, car j'ai été amenée à assister aux accouchements en position libre car les femmes indigènes, connues sous le nom de Guaus, arrivaient soudainement, transférées, car elles ne pouvaient pas aller chez les sage-femmes, elles ne pouvaient pas accoucher, et elles étaient amenées là en raison d'une complication, et elles ne comprenaient pas ce que je disais concernant la position allongée, l'écartement des jambes, les mouvements de haut en bas, car elles avaient des coutumes différentes. J'ai donc dû m'adapter car, pour couronner le tout, il n'y avait pas d'anesthésiste sur place pour me faire une césarienne en urgence. C'était donc un élément important, ce moment où j'ai beaucoup appris sur ce sujet, sur le positionnement libre, sur la compréhension différente des cultures.

00:02:32 *Dolores*

À quoi ressemble mon quotidien ? Eh bien, je suis ici depuis un certain temps maintenant. J'ai obtenu mon diplôme de gynécologue-obstétricienne en 2008, j'ai pu obtenir mon diplôme avec ma thèse et tout le reste en 2010, et depuis lors, je n'ai cessé de progresser. À quoi ressemble mon quotidien ? Ma vie quotidienne, eh bien, c'est comme ça. Lors d'une journée équilibrée, c'est-à-dire pas une journée normale, par exemple quand je suis opérationnelle à 100 % car je fais aussi du travail administratif, j'arrive à la salle d'accouchement à 7 h du matin, nous rendons visite aux personnes qui sont de garde de nuit, elles nous confient les patientes une par une, avec les nouvelles, ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait, les tâches en attente et les choses qui peuvent être faites. Nous recevons généralement des patients à haut risque car je travaille dans un établissement spécialisé. Il s'agit d'un établissement de soins de deuxième niveau, où se trouvent des patientes à haut risque. Nous évaluons les patientes, vérifions si elles auront un accouchement par voie basse, si elles ont besoin d'une césarienne, si elles souhaitent opter pour une méthode contraceptive chirurgicale, nous vérifions, nous faisons une échographie, si nécessaire, pour

voir comment va le bébé, en cas d'urgence. C'est à ce moment-là que je suis en salle d'accouchement, c'est le quotidien de la salle d'accouchement, nous assistons aux accouchements, nous pratiquons des césariennes. La particularité de l'hôpital où je travaille est que nous autorisons les mères à être accompagnées d'une personne à tout moment, si elles le souhaitent, et elles sont également accompagnées lors de l'accouchement. Nous pratiquons le contact peau à peau avec la mère, tant qu'elle ne le refuse pas. Nous avons eu très peu de cas, mais nous avons parfois dû refuser de procéder à la pose de la prothèse. Et nous laissons toujours le bébé avec sa mère si les conditions le permettent.

00:04:15 *Dolores*

Nous avons de nombreuses urgences obstétricales, notamment des hémorragies post-partum, et nous les prenons en charge en conséquence ici. Dans le pays, nous les avons considérés comme des éléments clés en obstétrique. Ensuite, nous activons un code, nous avons une équipe d'intervention rapide, un kit, une voiture avec laquelle nous assurons le service. On observe généralement des saignements, mais on peut aussi avoir un code bleu, lié à des troubles hypertensifs, et c'est moins fréquent, mais oui, ou des patients en choc septique d'origine infectieuse.

00:04:46 *Dolores*

Quand je suis aux urgences, c'est une journée normale dans ma salle d'accouchement : nous passons 12 heures à gérer ce processus, les patients arrivent et partent, d'autres reviennent, nous en envoyons certains en service d'hospitalisation, nous devons nous occuper d'autres, parfois nous en transférons certains en soins intensifs et pendant que certains partent, d'autres arrivent, et ainsi de suite. Voilà à quoi ressemble une journée en salle d'accouchement. Nous le faisons également en cas d'urgence. Notre approche des soins y est un peu plus détendue, pour ainsi dire, car la patiente arrive, on évalue tout problème potentiel, et s'il n'y a rien d'anormal, on l'envoie dans un centre de santé. S'il s'agit d'une grossesse à faible risque et qu'une hospitalisation est nécessaire, nous essayons d'orienter la patiente vers un centre de santé avec un formulaire de recommandation, ou nous la renvoyons chez elle, ou si une hospitalisation est nécessaire en raison de la situation, nous l'admettons en salle d'accouchement. On peut faire une consultation, mais parfois, il nous incombe d'arranger une consultation externe. Ces jours-là, nous prenons en charge toutes les patientes qui ont un rendez-vous pour des pathologies gynécologiques ou obstétricales, et je m'occupe également d'une partie du travail administratif lié à notre collaboration avec l'initiative internationale pour l'accouchement, qui vise une certification FIGO et dont l'objectif est de faire évoluer considérablement les pratiques d'accouchement pour prendre soin de la mère, du bébé et de la famille.

00:06:12 *Dolores*

Ensuite, je m'occupe du travail administratif : rapports, enquêtes, vérification des progrès réalisés par notre institution pour changer cette façon de naître, si typique, si biologique, si hospitalière, qui souvent dépossède la femme de son rôle. Eh bien, je travaille dans un des premiers hôpitaux du pays à avoir obtenu la certification ESAMyN, ce qui nous a incités à maintenir ce niveau d'excellence. Il y a des choses sur lesquelles il est toujours difficile de travailler, car nous savons que c'est un travail quotidien, mais nous nous soucions toujours des mères, quel que soit l'endroit où elles sont vues, que ce soit en consultation externe, aux urgences, en salle d'accouchement ou déjà hospitalisées. Elles reçoivent les meilleurs soins, fondés sur des principes scientifiques et privilégiant l'humain. Voilà en gros l'essentiel.

00:07:11 *Chercheur*

Plutôt impressionnant. Alors, à quelle fréquence voyez-vous des patients autochtones maintenant ?

00:07:22 *Dolores*

Les peuples autochtones eux-mêmes, eh bien, je peux dire que je n'ai pas de chiffre exact, mais parfois, c'est deux fois par semaine, c'est-à-dire que nous avons une femme autochtone deux fois par semaine, généralement parce qu'ils nous envoient de Cayambe, ce sont généralement les patients autochtones. Et c'est un problème très particulier car des populations autochtones des montagnes viennent, mais aussi des populations autochtones de l'Est, car en raison des migrations, des gens quittent Tena, d'Orellana. Il vient travailler dans les exploitations florales de Cayambe, et ce sont des patients dont l'état se complique parfois ; nous en voyons un ou deux par semaine. C'est la fréquence que nous observons. Nous n'avons pas une population majoritairement autochtone ; nous avons une population métis, c'est plutôt ça la moyenne.

00:08:19 *Chercheur*

D'accord, oui, ce n'est pas grand-chose, mais c'est là.

00:08:24 *Dolores*

Oui, bien sûr. Oui, il me semble que les endroits où les femmes autochtones reçoivent le plus de soins sont Otavalo et Cayambe, clairement.

00:08:30 *Chercheur*

Otavalo, et Cotacachi aussi.

00:08:32 *Dolores*

Bien sûr, oui.

00:08:36 *Chercheur*

D'après votre expérience, comment décririez-vous les principaux défis ou particularités liés au travail avec ces femmes autochtones ? S'il y en a.

00:08:47 *Dolores*

Waouh, eh bien, j'ai une grande expérience en matière de gestion, et pas seulement de femmes autochtones, mais aussi les femmes afro et même les femmes Chachi, qui constituent un groupe de population d'Esmeraldas, et elles se considèrent elles-mêmes comme des Chachi. La langue, la langue est vraiment l'un des plus grands défis. Bien sûr, en matière d'interculturalité, nous avons, au sein de notre pays, un accord ministériel signé et mis en œuvre. Celui-ci suggère que nous devons revoir notre façon de communiquer, et idéalement, avoir un interprète serait la solution idéale. Mais souvent, la langue complique les choses pour nous, et c'est là l'un des défis. Et autre chose, ce n'était pas toujours le cas, et aujourd'hui, de nombreuses femmes autochtones ont accès à l'éducation, mais il reste encore des femmes autochtones soumises ou peu instruites qui, bien qu'elles ne comprennent pas notre langue, car c'est là l'obstacle : il ne s'agit pas seulement du fait qu'elles ne comprennent pas la langue, elles parlent le kichwa, ou qu'elles ne veulent pas la parler. Alors, elle regarde son mari, elle regarde son compagnon, et ce n'est pas la femme qui s'exprime et dit : « Oui, ça fait mal. » De plus, au moment de l'accouchement-même, la femme indigène ne crie presque jamais, elle est là, silencieuse, se débattant, s'accrochant à quelque chose, elle gémit, c'est caractéristique. Mais oui, cette barrière linguistique représente un défi de taille.

00:10:27 *Chercheur*

Je comprends, c'est ce que j'imaginai, ce que j'avais déjà entendu, que la langue est vraiment le principal obstacle dans tout ce qui touche aux questions interculturelles. Et, en fait, vous souvenez-vous d'une situation précise où ces différences culturelles et linguistiques, en l'occurrence, ont influencé l'attention portée à une femme ?

00:10:58 *Dolores*

Oui, enfin, il ne s'agit pas d'un cas isolé, il y a eu plusieurs cas spécifiques, notamment parmi ces femmes autochtones qui viennent parfois de l'est, qui sont Shuar, ou... Oui, les Shuar ont une langue complètement différente. Ce manque de compréhension conduit souvent le personnel soignant à laisser le patient seul, car, ne comprenant pas ce que j'essaie de dire, il n'y a pas de communication et je ne peux pas maintenir la relation que je suis en train de créer. Et bien sûr, dans notre cas, nous autorisons un accompagnateur à entrer, et il devient parfois un pont entre le patient et nous. Mais lorsque l'accompagnateur ne comprend pas non plus ou qu'il n'y a pas d'accompagnateur, cela a souvent pour conséquence que le patient prenne un peu de retard car nous ne parvenons pas à franchir cette barrière. Ce n'est pas comme arriver au cabinet d'une patiente qui se met soudain à parler espagnol et lui expliquer : « Je ne vais pas déclencher l'accouchement, ni rompre la poche des eaux, ni faire d'échographie pour le moment. » Normalement, le patient devient un objet, le patient autochtone, où je me contente de lui apporter des choses, peut-être que je lui dis quelque chose, mais je ne sais pas si elle me comprend, elle ne me comprend pas, je fais des choses avec elle et il n'y a pas cette relation où elle me pose des questions, où j'explique parce que je suppose qu'elle ne me comprend pas et c'est arrivé, c'est arrivé. Autrement dit, j'y ai participé et j'ai constaté de l'extérieur, avec les autres professionnels, que cela se produit généralement à cause de cet obstacle.

00:12:37 *Chercheur*

Bien sûr, je comprends. Pensez-vous donc que cette situation pourrait être améliorée d'une manière ou d'une autre au niveau national, de façon réaliste ? Compte tenu de cette barrière linguistique, existe-t-il un moyen de résoudre ce problème ?

00:13:02 *Dolores*

C'est un fossé complexe, je veux dire, je pense que c'est écrit sur papier, ça existe déjà au niveau du ministère de la Santé publique, mais ça doit être mis en œuvre dans chaque établissement de santé, car nous sommes, en fin de compte, un établissement situé dans une grande ville. Il existe des endroits, enfin, il existe maintenant des endroits reculés, où l'on trouve des professionnels qui parlent la langue et qui n'ont pas cette barrière comme nous. Cependant, pour parler plus précisément des cas où cela nous est arrivé, non seulement avec les autochtones, mais aussi avec les étrangers, nous avons cherché ce lien, non pas au sein de l'institution, mais dans un poste de garde. Parfois, il existe une personne qui parle la langue, mais il faut la chercher, il faut la chercher activement, c'est-à-dire que cela requiert une intention, cela requiert une intention car nous avons deux options : laisser les choses en l'état ou chercher quelqu'un qui puisse nous guider.

00:14:00 *Dolores*

C'est écrit noir sur blanc, n'est-ce pas, je connais l'accord ministériel, c'est écrit noir sur blanc, mais il n'est pas respecté, il n'est pas appliqué au quotidien, parfois il n'y a pas assez de temps pour cela, et ce qui, à mon avis, devrait être garanti, c'est le droit à l'accompagnement, le fait de permettre à cette femme d'être accompagnée. Il existe encore des endroits où nous nous battons pour que les femmes puissent être accompagnées pendant le travail d'accouchement, et pas seulement après. C'est quelque chose qu'on

ne peut leur enlever, qu'elles soient métisses ou indigènes, mais d'autant plus dans le cas des femmes indigènes, car elles ont des coutumes culturelles très particulières.

00:14:42 *Dolores*

J'ai eu l'opportunité d'aller à Ximiatic. Ximiatic est une communauté indigène située entièrement dans la province de Bolívar ; c'est l'une des plus grandes landes d'Équateur, une population très pauvre et un endroit difficile d'accès. Les femmes choisissent donc d'accoucher à domicile ; elles ne veulent pas aller au centre de santé à cause de la barrière de la langue, car on ne leur y permet pas de pratiquer leur culture. Et quand ils m'ont fait venir, l'idée était que je jette un coup d'œil à la salle d'accouchement et que je leur donne quelques conseils pour que la femme puisse accoucher. Lorsque nous entrons dans une salle d'opération, il était évident que la culture indigène assimilait la blancheur à la mort, et ainsi, des murs blancs, alors que dans leur culture, ils cherchent plutôt quelque chose de mat, de brun, quelque chose d'un peu sombre. Dans la culture indigène, l'accouchement est un événement purement chaud ; la femme ne se baigne pas, elle ne se découvre pas. C'est pourquoi, parfois, nous n'autorisons pas cela dans les hôpitaux. Et ce n'est pas pour rien, car cela ne change pas, la biosécurité ne change pas, rien. Autrement dit, si la femme souhaite être couverte, c'est parfait. Alors oui, je pense que c'est l'un des points sur lesquels l'État devrait le plus travailler ; il le fait déjà, nous le savons, mais il devrait permettre aux femmes d'être accompagnées et faire respecter cela.

00:16:07 *Dolores*

Aujourd'hui, un protocole interculturel de naissance est en cours d'élaboration, couvrant l'accouchement et les soins post-partum, et mettant fortement l'accent sur le respect des coutumes culturelles, parce que la mortalité maternelle reste une préoccupation au sein de la population autochtone. C'est une population touchée car elle sait que dans les hôpitaux, soit nous les traitons mal, soit nous ne leur permettons pas de suivre leurs coutumes, et ce sont là d'autres types d'obstacles en plus de ceux dont nous avons parlé précédemment. Donc oui, je pense que ces deux options sont les meilleures : continuer à travailler avec l'accord déjà rédigé et essayer de trouver un interprète. Et l'autre, concernant spécifiquement l'accouchement, est de leur permettre d'être ensemble. Autrement dit, ils sont très nombreux, et de plus, les peuples autochtones ont la coutume d'accoucher accompagnés de nombreuses personnes. Donc beaucoup de gens y vont, je veux dire, ils y vont en communauté, 3, 4, 5 d'entre eux y vont et c'est important, d'être accompagnées et de ne plus être seules, de ne pas éloigner la famille à ce moment-là sans un langage clair, en essayant de leur imposer quoi que ce soit. Ce sont des formes de violence qu'elles subissent depuis des années. Et nous, nous avons participé à ces mauvais traitements. Nous avons participé à cette maltraitance. Pendant ma formation, lorsqu'une femme indigène arrivait, ils la forçaient à enlever tous ses vêtements, ils la maîtrisaient, la laissaient nue, la lavaient au petit matin, et c'est ainsi qu'elle devait entrer. En gros, c'étaient des paramètres... Oui, des progrès ont été réalisés, mais il reste encore beaucoup de travail à faire, énormément.

00:17:37 *Chercheur*

C'est une question que je voulais aussi poser, concernant votre parcours académique, si vous avez suivi des cours d'interculturalité, d'histoire ou de pratiques autochtones, je ne sais pas, de compréhension de l'autre, quelque chose comme ça.

00:17:56 *Dolores*

Rien, malheureusement rien. Aujourd'hui, je suis convaincue que nous devons être des ambassadeurs du changement car, malheureusement... Eh bien, j'ai suivi une formation de gynécologue il y a environ 15 ans, et même pendant mes études de premier cycle, avant de devenir médecin, et pendant mes études de

troisième cycle, avant de devenir gynécologue, les violences obstétricales étaient monnaie courante. Autrement dit, nous nous habituons à traiter la patiente comme un cas tout à fait normal, la laissant nue, sans compagnie, sans nourriture, incapable de bouger. Il n'y en a jamais eu dans ma formation, jamais, je ne m'en souviens pas. Quelque chose d'aussi spécifique que les cultures... À un moment donné, ils nous ont parlé de médecine alternative, mais c'était plutôt comme s'ils la percevaient comme une menace. Il n'y a pas d'alternative ; tout est perçu comme une menace pour la médecine biologique que nous pratiquons. Donc, bien sûr, jusqu'à présent, par exemple, une sage-femme, un obstétricien-gynécologue, beaucoup la perçoivent comme une menace. Alors qu'en réalité, ils possèdent une incroyable richesse culturelle et ils ont un savoir très différent du nôtre, mais qui peut s'apprendre, n'est-ce pas ? Bien sûr, quand j'apprends quelque chose... Je ne pratique plus d'examen vaginaux sur les patientes juste avant l'accouchement, car j'ai appris d'une sage-femme à visualiser quelque chose dans les fesses, entre les fesses, lorsqu'un trou était fait et qu'elle passait, c'est-à-dire que j'ai vu qu'elle disait : « Je sais qu'elle est sur le point d'accoucher », et je passais mon chemin sans la toucher. Alors, bien sûr, après avoir passé un certain temps là-bas, j'ai appris qu'elle était capable de me guider. Et c'est une richesse, ce n'est pas une relation à double sens, mais jusqu'à aujourd'hui, je suis enseignante, je suis enseignante à l'université, plus précisément en gynécologie, et j'essaie d'ouvrir cette façon de penser aux jeunes concernant l'interculturalité, le respect des pratiques non nuisibles, et le fait de ne pas être catégorique, n'est-ce pas ? Mais dans ma formation, je veux dire, dans ma formation, je ne me souviens de rien de tel qui nous ait fait changer d'avis.

00:20:08 *Chercheur*

Je comprends donc ce que vous voulez dire, à savoir que même si vous n'avez rien eu de tel dans votre formation, vous pensez quand même pouvoir apprendre des sage-femmes et de tous ces acteurs.

00:20:22 *Dolores*

Bien sûr, je l'ai fait. Et je pense que c'est en fait un apprentissage forcé, car, eh bien, je disais et commentais, je devais aller gagner ma bourse à Orellana, un endroit où l'on trouvait des sage-femmes, c'était très éloigné. Ils avaient une coutume, par exemple, de donner à la femme une bouteille vide dans laquelle souffler pendant qu'elle poussait pour accoucher. Alors, bien sûr, je viens d'une école où l'on lui disait de pousser, « madame, poussez, poussez, poussez, » et on lui disait de pousser et parfois on la torturait tellement que si elle ne poussait pas, son bébé se noierait, si elle ne poussait pas, son bébé mourrait. Alors, bien sûr, on a appris cela et on a cru que le fait de le répéter motivait la femme, et quand cela ne fonctionnait pas, on la faisait simplement souffler directement dans la bouteille. Et j'ai appris ça, et bien sûr, ça a une base physiologique, toute la pression intra-abdominale qu'ils créent lorsqu'ils poussent la bouteille.

00:21:20 *Dolores*

Et bien sûr, c'est à l'est, ici sur la côte, ici à Otavalo, que j'ai eu l'occasion de travailler brièvement avec une sage-femme. L'hôpital dispose de sa propre sage-femme, qui est très compétente en la matière. C'est donc une connaissance extrêmement importante. Quelle est la limitation ? Une des choses qui me frustrant, par exemple, c'est que retourner le bébé, n'est-ce pas ? Si ce bébé est assis, le retourner est une opération scientifiquement prouvée, mais il faut posséder cette compétence. Dans ce pays, nous n'avons pas de médecins ni de professionnels capables de faire cela car il n'y a pas d'école de ce type. Enfin, il y en a une, elle se trouve au Mexique. Mais nos sage-femmes le font. Elles font ça et disent : « Bon, on va le tenir et faire ça. » Ils ne peuvent pas nous former officiellement, la sage-femme ne peut pas nous délivrer de certificat. Cela a été frustrant pour moi car ce sont aussi des choses que j'ai apprises et elles ne sont pas très extraordinaires, car bien sûr, pour quelqu'un qui possède un peu plus de connaissances

scientifiques... La sage-femme demande au médecin de faire une échographie, vérifie la position du placenta, et si celui-ci est antérieur, elle dit : « Laissons-le là, car nous ne pourrions pas l'extraire. » Et lorsqu'ils le peuvent, ils utilisent une technique et ils procèdent à l'extraction. Je pense donc qu'il faut absolument avoir l'esprit très ouvert pour apprendre de ces femmes qui possèdent un savoir magique, non pas grâce aux herbes, mais grâce à leurs rituels.

00:23:03 *Dolores*

Et donc, s'il y a une chose dont je suis convaincue, c'est que l'accouchement doit être quelque chose de très familier, de très intime, et lorsqu'une femme autochtone trouve quelqu'un qui comprend sa culture, qui comprend ses problèmes, qui comprend ses coutumes, elle souffre beaucoup moins que lorsqu'elle est avec un étranger métis comme nous, qui ne lui permet pas de faire grand-chose. Donc, absolument oui. Autrement dit, j'ai personnellement appris de ces personnes, qui sont réellement précieuses.

00:23:33 *Chercheur*

Vous pensez donc que les sage-femmes en particulier pourraient jouer un rôle plus important au sein du système de santé officiel équatorien ?

00:23:47 *Dolores*

Oui, je pense que le ministère a aussi beaucoup fait en matière de certification, n'est-ce pas, car nous avons aussi l'autre partie des sage-femmes qui ne veulent rien savoir de la culture biologique et de la médecine biologique, et c'est un peu plus complexe. Soit la biologie, soit la médecine moderne, comme on l'appelle. Cependant, je pense surtout au ministère, car le ministère a fait beaucoup de choses, notamment là où il y a des sage-femmes recensées, il y a des zones où il y en a davantage et je pense que nous devrions collaborer avec elles, le personnel médical. J'ai parfois eu l'occasion d'assister à des réunions de partage de connaissances et d'échanger avec des sage-femmes, de leur faire part de nos points de vue et elles nous ont fait part des leurs. Je pense que ces espaces devraient être élargis afin de ne pas se limiter à un groupe restreint de professionnels et d'élargir leur champ d'action. Et aussi, le professionnel, lorsqu'il voit et comprend, peut s'ouvrir un peu plus, car s'il n'y a pas de tabou, on voit que la sage-femme n'est pas inutile, complique les choses, ou fait mal, mais bien souvent, quand on n'a pas discuté avec elles, ce ne sont que des choses qu'on a entendues. Donc, encore une fois, je connais généralement bien le ministère car j'ai normalement assisté à ce genre de réunions auxquelles ils ont eu la gentillesse de m'inviter, que ce soit dans le cadre de l'élaboration de protocoles ou auprès du sous-secrétariat à l'interculturalité. Et je n'ai constaté aucun manque d'effort. Ils cherchent constamment des moyens de certifier et d'identifier les sage-femmes, car la sage-femme est un lien essentiel avec la communauté. Elles aident certes le patient à se rendre aux rendez-vous lorsque cela est nécessaire, mais l'obstacle reste en grande partie lié aux professionnels de la santé. Le professionnel doit changer.

00:25:46 *Chercheur*

Et avez-vous une idée de pourquoi tant de professionnels mettent autant de temps à opérer ce changement ? Pensez-vous qu'il y a une explication à cela ?

00:26:03 *Dolores*

Je pense vraiment que c'est... Eh bien, je ne sais pas... C'est un avis très personnel... Je crois que j'agace généralement les médecins, parce que les initiales de notre médecin sont DMD, non, et je dis souvent que nous nous prenons pour des dieux. Donc, quelque chose de très personnel, c'est que nous pensons tout savoir et que c'est, pour moi, et j'insiste, beaucoup de gens ne partageront peut-être pas ce point de vue, mais pour moi, il s'agissait de croire en cette fierté professionnelle que l'on a de se dire : « Je suis

le spécialiste, j'ai étudié, je sais, j'ai lu le dernier article. » « Les preuves indiquent que ce n'est pas faux, que c'est un élément fondamental. » Cependant, la pratique de la médecine va bien au-delà ; elle va bien au-delà de la simple production de preuves scientifiques. Et c'est là une de mes théories : la fierté du professionnel qui veut, ou plutôt ne veut pas, quitter sa position de « c'est moi qui commande ici ».

00:27:09 *Dolores*

Et puis, il y a autre chose : le manque de connaissances sur certains sujets, ce que j'ignore, me fait peur. Donc, si je ne sais pas, j'en ai peur et je le refuse, je le rejette parce que... Eh bien, parce que bien sûr, quand un professionnel doit assister à un accouchement en position libre, en position assise, ou debout, nous, les professionnels, n'étions pas formés pour cela et nous avons dû prodiguer des soins par la force. Nous avons dû aller lire un peu. Il y a beaucoup d'informations, cependant, le plus simple est de dire « je ne veux pas » et c'est tout, « je soulève la patiente, je lui mets les jambes en l'air et je le fais. » Là où j'ai le contrôle, il me semble que les deux choses qui nous influencent à agir sont, d'une part, le refus de quitter notre trône de médecin, le désir, la conviction que nous détenons toutes les réponses, et d'autre part, la peur, parce que nous ne savons pas et qu'il nous est difficile de descendre au sol et d'agir.

00:28:06 *Dolores*

Ce sont les deux choses les plus importantes. Je le répète, il s'agit d'un avis très personnel, car je l'ai vécu moi-même. Bien sûr, j'étais terrifiée à l'idée d'assister à l'accouchement d'une femme suspendue à une corde, mais la femme n'a pas bougé. À cette époque, j'incarnais la terreur, pas seulement la peur. Et bien sûr, cela impliquait de voir une sage-femme le faire si naturellement, en disant : « Il y a quelque chose de différent ici. » Savoir que j'ai pu apprendre d'eux, je veux dire, si elle réussit, si j'acquiesce un peu plus de connaissances, s'ils me guident, nous réussirons. Alors oui, je veux dire, sur ce point, je m'inquiète parfois un peu que la sage-femme, à un moment donné, comme nous le disions dans une conversation, ait fait des allers-retours. Non? Les sage-femmes nous ont décrit ce que cela faisait d'être suivies par des obstétriciens-gynécologues, et nous leur avons dit que parfois il y a des situations où les limites sont franchies, par exemple, une sage-femme, en théorie, ne devrait pas pratiquer d'examen vaginal, elle ne devrait pas le faire car elle le fait parfois sans gants. Ce sont donc des choses qui ont déjà été vues auparavant, mais il me semble que, grâce à la certification de ces personnes, de ce groupe, elles ont déjà été formées. Et elles ont choisi, du moins les certifiées, de cesser ces pratiques incorrectes *etc.* Je pense donc aussi que parfois, à cause d'une seule personne ou d'un seul cas, cela finit par être généralisé à tout un groupe et provoquer un certain rejet. Ce sont aussi des choses qui se sont produites.

00:30:00 *Chercheur*

Oui, ça me paraît logique, je crois, oui, alors. Les questions que je me pose encore sont peut-être plus théoriques, car nous avons un peu parlé de santé interculturelle en théorie, mais je voulais aussi savoir ce que signifie le concept de santé interculturelle, un terme que l'on entend assez souvent, ce qu'il signifie dans la pratique professionnelle ainsi que dans la vie quotidienne. Si vous deviez le définir de manière assez simple, comment le feriez-vous ?

00:30:42 *Dolores*

Pour moi, l'interculturalité se résume à la diversité et au respect ; c'est ainsi que je la définirais. Malheureusement, l'interculturalité est parfois confondue avec une identité purement autochtone, et non, elle ne se limite pas à cela. Autrement dit, il s'agit d'un processus d'apprentissage où, pour moi, l'interculturalité, en termes simples, c'est diversité et respect, ce qui signifie que chaque personne, indépendamment de son origine ethnique, de son groupe ou de sa race, est unique et mérite le respect. J'ai parlé une fois avec le directeur des affaires interculturelles et le directeur national des affaires

interculturelles, et il a dit « qu'est-ce que l'interculturalité ? », « que faisons-nous ? » Cela donne l'impression que nous ne sommes pas un pays interculturel, multiculturel et multiculturel, et bien souvent on utilise le terme « interculturel » au sens autochtone du terme, mais pour moi, il est faux de dire que chaque personne a sa propre culture, et même au sein d'un groupe que nous définissons comme métis, autochtone, afro, chacun est différent et mérite le respect. Pour moi, l'interculturalité repose donc sur ces deux mots ; c'est ainsi qu'il faut la comprendre. C'est un sujet très vaste, et sa mise en pratique l'est encore plus car c'est un processus quotidien ; il s'agit d'apprendre à savoir que je peux le faire, car dans ces diverses situations, il peut y avoir des choses qui pourraient s'avérer nuisibles pour la mère ou le bébé dans la zone où je me trouve. Même pour cela, pour transmettre, je dois le faire avec respect. Voilà donc, en gros, comment je définis l'interculturalité.

00:32:41 *Chercheur*

Et en tenant compte de cela, c'est toute cette diversité interculturelle, pas seulement interculturelle, mais aussi autochtone, qu'est-ce qui rend la mise en œuvre difficile ? Qu'est-ce qui pourrait rendre difficile, ou au contraire faciliter, la mise en pratique de tous ces discours sur l'interculturalité ?

00:33:09 *Dolores*

Waouh, j'insiste encore, la langue. Le langage est crucial à cet égard, et un autre problème, qui peut paraître très simple au premier abord, réside dans le fait qu'en pratique, modifier, par exemple, je parle uniquement de ma salle d'accouchement, car c'est mon environnement, changer d'environnement ne se résume pas à installer une lampe. On éteint cette lumière froide, on l'éteint et on allume une lampe. Ce sont des choses qui peuvent paraître insignifiantes, mais qui, à long terme, finissent par engendrer des changements importants. Ce n'est donc pas si facile, ce n'est pas si facile... Mettre en pratique cette diversité et ce respect, tout simplement, dépend beaucoup du personnel, de la demande, de la volonté, du professionnalisme et de la tradition. J'ai un gros blocage quand j'éteins les lumières, mes infirmières me disent que ça va m'aveugler, que je ne peux pas faire l'accouchement et tout le reste parce qu'on est habituées à ça, à faire l'accouchement avec la patiente éclairée en plein visage. Donc, pour moi, ces petites choses rendent la réalité interculturelle, c'est-à-dire qu'ils éteignent la lumière, qu'ils s'adressent à la patiente par son nom, c'est-à-dire qu'ils cessent de l'appeler « mamita », « Juanita », « Pepita », c'est-à-dire qu'ils disent plutôt « Mme Maria ». Cela témoigne du respect de la diversité, car peu importe qu'une personne soit autochtone, métisse, afro-américaine ou autre, la traiter par son nom marque un avant et un après. Ce sont donc des choses qui paraissent très simples, mais qui ont un impact sur la santé. Mais ça ne se fait pas vraiment, et encore moins en santé publique : nous appelons la patiente par un numéro de lit, nous traitons la patiente qui a une pathologie, la dame atteinte de prééclampsie et de rupture utérine, mais nous ne l'appelons pas « Mme Maria Perez ». Ce seraient donc des changements qui paraîtraient insignifiants, mais ce sont bien des changements... En tout cas, dans mon établissement, nous ne travaillons pas dessus. Quand la résidente vient me présenter une patiente et dit « la dame qui a une prééclampsie », je la renvoie jusqu'à ce que je connaisse son nom, car elle ne s'appelle pas « la dame qui a une prééclampsie »

00:35:22 *Dolores*

Alors oui, je pense que nous établissons également des normes. C'est un travail où, lorsque je peux entrer en contact avec des personnes du ministère de la Santé qui cherchent à apporter des changements, je leur dis : « Peut-être que nous ne le verrons pas de notre vivant, peut-être que nous ne serons pas ceux qui verront un changement, mais ce sont des graines qui sont semées pour que plus tard nous puissions être un pays qui respecte véritablement la culture et la diversité de son peuple. » Et même si ce sont des

changements qui peuvent paraître si insignifiants, ils laisseront derrière eux des choses bien plus importantes.

00:36:01 *Chercheur*

Oui, oui. Encore une fois, c'est tout à fait logique, oui. Je vois qu'il nous reste 3 minutes car Zoom est limité à 40 minutes, nous allons donc terminer maintenant. Et ça tombe à pic, car il ne me reste plus qu'une question, alors... Et oui, la dernière question serait de savoir si, concernant ce sujet, il y a quelque chose que je n'ai pas abordé, mais que vous jugez important de mentionner. Eh bien oui, si vous voulez mentionner quelque chose dont nous n'avons pas encore parlé.

00:36:38 *Dolores*

Eh bien, je crois que nous en avons déjà parlé, mais j'aimerais entrer un peu plus dans les détails concernant la formation... La formation académique doit inclure tout ça, d'autant plus dans un pays comme le nôtre. C'est-à-dire que nous n'avons pas la possibilité pour le médecin rural de se rendre dans n'importe quel endroit. Il arrive désarmé, incapable de se défendre, puis nous le formons, ce qui n'était pas prévu dans ma formation. Je crois que le programme d'études devrait inclure non seulement l'apprentissage de l'interculturalité, mais aussi la réalisation de travaux pratiques dans certains lieux, avec certaines personnes, pour faire connaissance avec une communauté que nous servirons lorsque nous serons médecins, quelle que soit notre spécialité. Je dis toujours : « je ne sais pas quelle branche ils vont choisir, mais nous serons toujours liés par le même lien, en tant que personne A ou B ». Je tiens simplement à le souligner ; je pense que nous avons généralement abordé la plupart de ces points de manière générale, mais cette formation est essentielle. Je comprends que les institutions académiques en ont toutes les intentions ; il faudra peut-être modifier certains programmes, mais nous devons prendre cette question au sérieux. Ce ne peut pas être la dernière préoccupation.

00:37:54 *Chercheur*

Qu'il faut réellement inclure cela directement dans le cursus ?

00:38:03 *Dolores*

Bien sûr.

00:38:05 *Chercheur*

D'accord, oui, eh bien, ce sera tout. Je termine l'enregistrement.

Annexe 6 : Entretien avec Esme

00:00:02 *Chercheur*

J'espère que ça marchera. Afin d'éviter tout retard, je propose de commencer directement, et pour débiter, je voulais savoir si vous pouviez me parler un peu de votre parcours professionnel dans le milieu universitaire et comment vous êtes arrivé à votre poste actuel.

00:00:21 *Esme*

Dans la maternité ?

00:00:22 *Chercheur*

Ouais.

00:00:23 *Esme*

Bon, eh bien, j'ai 36 ans. J'ai fait mes études de premier cycle dans une université et mes études de troisième cycle à dans une autre université ici à Quito, et j'ai obtenu mon diplôme en 2020 en tant que spécialiste en gynécologie et obstétrique. Les 3 premières années de ma carrière... En fait, je crois que pendant la première année, les deux premières années, j'ai travaillé dans un établissement extérieur qui fournissait des soins aux patients de l'IES, de la Sécurité sociale ici, mais après, j'ai pratiquement axé mon expérience sur le secteur privé pendant les trois premières années.

00:01:07 *Chercheur*

Ok.

00:01:08 *Esme*

Ah oui, puis en août 2023, j'ai participé à une mission médicale en Afrique, et à mon retour, j'ai rencontré la directrice médicale de l'hôpital de l'époque. Je pense qu'une opportunité venait justement de s'ouvrir pour offrir à de nombreux jeunes médecins l'opportunité de commencer à travailler dans les services de maternité, un domaine très complexe dans ce pays, car ces services sont généralement assurés par des médecins ayant de nombreuses années d'expérience. Et là j'étais presque encore étudiante. Puis, cette opportunité pour de nouveaux médecins s'est présentée, et quelqu'un m'a contacté pour savoir si je pouvais travailler là-bas. Et c'est comme ça que j'ai commencé à travailler en maternité. Honnêtement, travailler dans un hôpital public de ce pays n'a jamais été une option pour moi dès le départ, car il me semblait que les soins médicaux n'y étaient pas très personnalisés. Autrement dit, il se peut que les patientes que je verrai en maternité ne se souviennent même jamais de qui a assisté à leur accouchement, de qui les a opérées. Vous me comprenez ? Ils m'ont ensuite écrit pour me proposer de commencer à travailler là-bas. Honnêtement, cela m'a surpris car il est très difficile d'intégrer les grandes maternités de ce pays, mais j'ai aussi l'impression que cela a beaucoup changé avec le temps, car certaines maternités sont ouvertes aux jeunes médecins, et il y en a une aussi dans une autre maternité du sud. Il existe un autre grand hôpital de maternité de niveau 3 qui a également ouvert ses portes aux jeunes gynécologues, et je pense que cela donne une tournure assez intéressante aux soins médicaux à l'hôpital et à la manière dont ils sont désormais dispensés et gérés en matière d'obstétrique et de gynécologie, car nous avons le sentiment que, d'une certaine manière, c'est plus... c'est comme si nous étions dans un monde à part, par rapport aux autres spécialités, tout d'abord à cause du système de santé. Les femmes enceintes et les enfants passent toujours en priorité, non ? Nous pourrions alors, en tant qu'institutions publiques, entretenir une relation, une situation très différente de celle d'autres spécialités dans les

hôpitaux publics telles que la neurologie, la neurochirurgie... Je ne sais pas... Car c'est une priorité... Nous avons une population prioritaire, c'est pourquoi le manque de ressources n'est pas aussi perceptible, aussi fréquent et aussi important que dans les autres spécialités. J'ai donc le sentiment que c'est une réalité légèrement plus avantageuse que dans les autres spécialités, d'autant plus que travailler dans une maternité, c'est aussi travailler dans un hôpital spécialisé uniquement dans les femmes, en gynécologie et obstétrique. Donc, c'est pourquoi je disais que j'avais l'impression que c'était un monde à part par rapport aux autres hôpitaux du ministère de la Santé publique, car nous ne voyons que des femmes et des bébés, vous comprenez ? Nous n'avons pas de patients masculins et, par conséquent, notre activité est très axée sur la santé des femmes. Alors voilà, cette opportunité s'est présentée et je vous disais qu'au début j'étais contre, ou peut-être que je ne voyais pas la possibilité de commencer à travailler dans un hôpital public. Ma situation personnelle m'a également amenée à y réfléchir. Car à ce moment-là, beaucoup de choses avaient changé dans ma vie, notamment un divorce. J'ai donc dû réfléchir à un emploi plus stable et à des choses de ce genre, et non à un cabinet privé qui, ici à la campagne, n'est pas toujours stable. J'ai une fille de 11 ans, j'ai donc dû réfléchir beaucoup plus loin et cette possibilité s'est présentée, je l'ai donc saisie d'abord à cause de la situation, ma situation personnelle, et ensuite parce que ... Je pense que cela a beaucoup changé ma façon de voir les choses et j'ai pensé que je pouvais faire quelque chose de différent dans la pratique publique, par rapport à ce que je considère comme la gynécologie-obstétrique et la prise en charge générale d'une femme enceinte, ce que je fais dans le service où je travaille : je travaille dans un centre d'obstétrique. Je vois donc des patientes enceintes, des jeunes patients, c'est-à-dire des patients aux âges extrêmes. Grossesses, fausses couches, avortements, c'est-à-dire dans des moments très difficiles, mais heureusement la plupart d'entre eux dans de beaux moments, la plupart d'entre eux, mais nous les accompagnons aussi dans les moments difficiles. J'ai donc senti que c'était une opportunité pour moi aussi de faire quelque chose de différent de ce que j'avais toujours connu. La santé publique pourrait fonctionner d'une manière différente, même si les patients ne se souviennent pas de mon nom et n'en ont pas besoin. Ils n'ont même pas besoin de se souvenir de mon nom, je veux juste qu'ils passent un bon moment.

00:06:25 *Chercheur*

Je comprends. Vous avez déjà commencé à répondre à ma question suivante, ce qui était parfait. Pourriez-vous décrire un peu le type de patients avec lesquels vous travaillez habituellement ? S'il existe un type plus typique ou autre.

00:06:45 *Esme*

Eh bien, dans le service de maternité, nous travaillons avec des patientes... Je m'occupe principalement de femmes en âge de procréer et moi, qui travaille au service d'obstétrique, plus précisément de patientes enceintes qui vont accoucher à terme, car nous leur accordons un peu de temps, attendez-moi une seconde [pause]. Oui, la plupart vont bien, toutes celles qui arrivent sont enceintes. La plupart des patientes que nous recevons à l'hôpital proviennent d'un centre hospitalier universitaire ; il s'agit de grossesses compliquées, et bien, notre hôpital est également un hôpital à portes ouvertes. Nous ne nous limitons donc pas à la prise en charge des seuls patients présentant des cas complexes ou des grossesses. Le modèle de niveaux de soins est ainsi afin de désengorger les hôpitaux. Cependant, nous n'excluons pas la possibilité d'accueillir des patientes à terme sans facteurs de risque. Ensuite, un grand nombre de patients sont accueillis. Nous accueillons également des patientes qui subissent des pertes, des fausses couches au cours du premier trimestre jusqu'à 20 semaines, et ce modèle de soins est également disponible depuis peu... Je veux dire, cette option d'interruption de grossesse chez les patientes dont la grossesse résulte d'abus sexuels, chez les femmes handicapées ou lorsque la vie des patientes est en danger, nous pratiquons également des interruptions de grossesse médicalement justifiées.

00:08:54 *Chercheur*

Bien sûr, et vous avez déjà travaillé, notamment auprès de patientes autochtones ?

00:09:04 *Esme*

Oui, nous prenons en charge des patients autochtones. Eh bien, je ne saurais pas vous dire le pourcentage exact de patients autochtones que nous traitons, mais oui, ils viennent de tout le pays, transférés notamment d'hôpitaux plus à l'Est. Beaucoup viennent de l'est car leurs grossesses sont également compliquées, mais il s'agit aussi de patientes enceintes à des âges extrêmes, de très jeunes patientes par exemple, ou de patientes présentant des pathologies ou des complications de grossesse très complexes ; c'est pourquoi des patientes autochtones et afro-américaines arrivent également.

00:09:51 *Chercheur*

Je vois. Un peu de tout.

00:09:54 *Esme*

Et beaucoup d'étrangers arrivent aussi, oui, on trouve de tout.

00:09:58 *Chercheur*

Oui, super. Vous avez déjà commencé à l'expliquer un peu, mais pourriez-vous décrire, oui, les défis ou particularités qui existent peut-être lorsqu'on s'occupe de ces femmes autochtones, quelque chose de différent par rapport aux autres ?

00:10:17 *Esme*

Particulièrement aux patientes autochtones. Déjà, vous savez que, puisque l'hôpital a également été certifié comme hôpital ami des mères et des enfants, il s'agit du projet ESAMyN, je ne sais pas si tu connais un peu ça. Il s'agit d'un projet que nous mettons en œuvre, ou que nous essayons de mettre en œuvre, auprès de patients lorsque cela est possible, car nous parlons de patients chez lesquels un accouchement humanisé et respectueux peut être appliqué compte tenu de leur état de santé. Autrement dit, il y a des patientes très malades ou présentant des grossesses à haut risque que nous ne pouvons pas prendre en compte. La position est très importante, tout comme le fait de ne pas empiéter sur leur espace car, par exemple, elles souffrent de prééclampsie, elles ont besoin de médicaments, elles doivent être mobiles à cause de ces médicaments, elles ne peuvent pas être des patientes externes se déplaçant, marchant, ce qui pourrait faciliter leur accouchement. Donc, dans la mesure du possible, il s'agit de patients pour lesquels... Comme je l'ai dit, il y a assurément aussi un changement générationnel. Puis, il y en a beaucoup qui préfèrent peut-être les façons naturelles d'accoucher, ou elles ont peur, mais beaucoup d'autres se sentent plus à l'aise à l'hôpital. Mais comme je l'ai dit, nous essayons de respecter autant que possible, si l'état de santé le permet, la position qu'elles souhaitent pour l'accouchement, qui, vous le savez, est un événement magnifique et une des raisons qui m'ont poussée à avoir un enfant.

00:11:49 *Esme*

Aller à l'hôpital, c'est pour ça, n'est-ce pas ? Pour que les patientes soient accompagnées lors de l'accouchement. Ainsi, elles ne se sentent plus seules, ce n'est plus une situation où les femmes sont très vulnérables et isolées ; elles sont accompagnées, elles reçoivent un peu plus d'informations, elles sont davantage écoutées, d'autant plus que nous sommes certifiés en la matière et que nous avons donc l'obligation de le faire, de proposer cela aux patients. Donc, pour être tout à fait honnête, je pense que les patients ne sont pas arrivés en demandant quelque chose de différent. Oui, à cause du niveau, du

niveau socio-économique et éducatif, c'est-à-dire de leur niveau d'éducation et de tout le reste, ce n'est pas qu'ils soient venus en exigeant quelque chose, mais j'imagine qu'ils avaient très peur ou qu'ils étaient très inquiets de ce qui pourrait arriver. Elles reçoivent donc maintenant beaucoup plus d'informations, elles sont accompagnées. Elles sont toujours accompagnées d'un membre de leur famille au moment de l'accouchement, au moins. Et, par exemple, des problèmes comme la langue n'ont pas posé de problème, car ce sont des choses qui se produisaient déjà auparavant. Mais j'ai l'impression que beaucoup de patients autochtones qui arrivent parlent espagnol, et pas seulement leur propre langue, car au moins ceux qui sont arrivés l'ont fait ; je sais s'ils peuvent se faire comprendre en espagnol. Ce n'est donc pas un problème que nous aurions pu rencontrer auparavant, je pense, lorsque j'étais étudiante, mais je pense que de tels problèmes peuvent survenir.

00:13:46 *Esme*

Attendez une seconde. Je ne sais pas comment le supprimer, donnez-moi une seconde, je reçois un appel et je ne sais pas comment l'annuler. Je pense que je n'ai pas besoin d'annuler et que je peux simplement rester. Alors, qu'y avait-il d'autre à dire ?

00:14:10 *Esme*

Je pense que les problèmes sont ... Ce sont les barrières interculturelles qui peuvent exister et les craintes qui nous empêchent de bien communiquer entre médecins, entre tout le personnel hospitalier, pas seulement les aides-soignants, car il ne s'agit pas seulement de nous, il s'agit aussi des assistants ou des infirmières, c'est toute l'expérience qu'elle vit. Enfin, nous, les médecins, sommes présents pour les décisions les plus difficiles, voire pour le moment de l'accouchement, la césarienne. Mais ceux qui passent le plus de temps avec eux, je dirais, sont les étudiants ou les infirmières. Donc, en ce sens, je ne pouvais pas répondre à toutes vos questions concernant leur expérience, mais je peux vous dire que nous avons le sentiment, par rapport à l'époque où j'étais étudiant, que nous communiquons beaucoup plus avec eux en tant que spécialistes : « Alors, nous allons faire ceci », je peux procéder à un examen physique, « laissez-moi faire un examen physique », « j'ai besoin de vous évaluer », car ce sont des choses qui, bien sûr, les effraient, les blessent, les dérangent au milieu de leur douleur. Voilà, c'est tout, mais j'ai le sentiment qu'il y aurait peut-être moins d'obstacles aujourd'hui, car comme je le disais, j'ai le sentiment qu'il y a un énorme changement dans tous les domaines et j'ai le sentiment que, par exemple, l'un des principaux problèmes qui auraient pu se poser auparavant étaient peut-être la barrière de la langue, qui empêchait de se comprendre, ou les pratiques culturelles liées au fait que nous sommes si différents. Aujourd'hui, d'une certaine manière, cette option pourrait être respectée ou offerte, ou bien le soutien, la possibilité de marcher, la possibilité d'accoucher dans la position de leur choix et autorisée par le médecin.

00:16:06 *Chercheur*

Oui, bien sûr, toujours, mais en fait, ces pratiques des peuples autochtones, enfin, ces différences culturelles, plutôt. Vous souvenez-vous d'exemples où ce choc culturel, par exemple, a influencé le processus de soins pendant la grossesse, l'accouchement, les soins post-partum, ou tout autre exemple ?

00:16:33 *Esme*

Je veux dire, maintenant en tant que spécialiste, ou si vous me demandez comment cela s'est passé tout au long de mon processus de spécialisation.

00:16:50 *Chercheur*

Les deux, en fait.

00:16:52 *Esme*

Bon, je veux dire, voyez-vous, ce que je pense, c'est que l'obstacle le plus important était peut-être celui d'il y a quelques années. Ce dont je vous parle à propos d'ESAMyN n'était pas disponible à l'hôpital. Les patientes étaient donc seules, en train d'accoucher. Seules, effrayées, et j'ai donc le sentiment que l'expérience de l'accouchement, c'est-à-dire le fait d'être seules, était beaucoup plus difficile pour elles. Je crois que les violences obstétricales étaient beaucoup plus fréquentes autrefois, oui, beaucoup plus fréquentes, n'est-ce pas ? J'ai vu des médecins tenir des propos qui pourraient être considérés comme de la violence obstétricale et qui semblent normaux pour beaucoup de gens, mais c'est pourquoi je disais que les choses ont beaucoup changé. Les générations de médecins sont différentes, et cela signifie que ce qu'ils faisaient autrefois, nous l'avons peut-être déjà vu, c'est pourquoi, maintenant, des enquêtes sont menées auprès des patients concernant leur expérience. C'est pourquoi chacun doit faire attention, parler le même langage, vous comprenez, adopter les mêmes pratiques, et le tout simultanément. Aujourd'hui, on a accordé beaucoup plus d'importance à tout ça : la possibilité pour les patients de se plaindre, de dire ce qu'ils pensent, de parler de leur expérience. Cela a donc incité chacun à faire beaucoup plus attention à ce qu'il dit et à ce qu'il fait.

00:18:33 *Esme*

La question juridique a également eu un impact important sur le pays et sur la médecine, ce qui explique pourquoi de nombreux médecins prennent désormais des précautions. J'ai l'impression que tout a changé. Donc, je constate qu'il y en a moins de nos jours, de la violence obstétricale, mais je pense que cela pourrait être l'un des problèmes antérieurs à la violence obstétricale, le simple fait d'être seule et de partager la même chambre, toutes dans une situation de vulnérabilité, nues, et c'était déjà un problème. J'ai maintenant l'impression que les salles d'accouchement ne sont plus partagées. Je me souviens que lorsque j'étudiais, dans la même salle d'accouchement, il y avait 2 lits, donc parfois 2 patientes accouchaient en même temps et, oui, c'était très problématiques, mais nous ne comprenions pas pourquoi, bien sûr. Quand j'étais étudiante, c'était la norme, car c'était ainsi que cela devait être, mais après, bien sûr, cela peut être normal, ou pas, mais courant en raison d'un manque de, je ne sais pas, ressources, d'espaces dans les institutions publiques, exactement, qui au final on fait en sorte que ça fonctionne. J'ai le sentiment que nous sommes désormais plus conscients des choses et que nous pouvons mieux les faire.

00:20:01 *Chercheur*

Pensez-vous que ce changement générationnel puisse être lié à l'éducation ?

00:20:06 *Esme*

[Hoche de la tête]

00:20:09 *Chercheur*

Et... Avez-vous reçu, dans le cadre de vos études, une formation sur l'interculturalité ou sur l'histoire des pratiques autochtones ?

00:20:16 *Esme*

Honnêtement, non. Donnez-moi une petite seconde, encore une fois. Excusez-moi, s'il vous plaît [pause].

00:20:43 *Esme*

Excusez-moi. Vous savez quoi... Je n'ai jamais suivi de cours sur ce sujet pendant mes études supérieures, cela n'aurait jamais été incroyable pour moi car, eh bien, je pense aussi qu'il y a un changement générationnel concernant, comment dit-on déjà, l'ensemble du système de santé : le personnel est en pleine mutation générationnelle, mais ceux qui nous forment restent les mêmes.

00:21:16 *Chercheur*

Oh vraiment ?

00:21:18 *Esme*

[Hoche de la tête] Je peux donc vous dire, par exemple, que de mon propre point de vue, et de celui de nombreux de mes collègues... Vous savez quoi, je crois que la façon dont chacun perçoit sa profession influence la façon dont il l'exerce. J'ai le sentiment que les objectifs de chacun peuvent être différents. Par exemple, j'ai comme l'impression d'être sur la voie de la gynécologie, je devais y être, même si souvent je n'avais pas envie d'y retourner. Je considère que c'est ma raison d'être dans la vie, et c'est pourquoi je m'efforce toujours de donner le meilleur de moi-même aux patientes qui croisent mon chemin, quelle qu'en soit la raison, afin qu'elles vivent la meilleure expérience possible. Et moi, moi, Esme, parce que je pense que c'est ainsi que je vis mon métier, je ne sais pas, mais je ne sais pas ce que les autres en pensent. J'ai aussi le sentiment que beaucoup d'années ont passé, et peut-être qu'avec le temps, ils se sentent plus fatigués, plus impatients. Par exemple, j'aurais adoré qu'ils nous forment davantage d'interculturalité, d'autant plus que je partage ce sentiment.

00:22:39 *Esme*

Les nouvelles générations sont de plus en plus sensibilisées à l'accouchement ; plus il est naturel, mieux c'est. La décision revient souvent au médecin, même si l'option n'est jamais refusée à la patiente si elle souhaite une césarienne et une intervention chirurgicale, elle peut en faire la demande, n'est-ce pas, mais en cabinet public c'est très différent en cabinet privé. Donc, si une personne du secteur privé vient vous voir et vous dit : « Je veux accoucher », alors vous vous formez, vous êtes patiente avec elle et vous essayez de l'accompagner pendant le processus. Il y a d'autres personnes qui n'ont pas cette patience et qui essaient peut-être juste de dire : « D'accord, on va procéder à l'accouchement », mais elles finissent par vous opérer, vous voyez ce que je veux dire ? La pratique est très différente.

00:23:28 *Chercheur*

Oui, bien sûr, c'est un système complètement différent.

00:23:31 *Esme*

Ah, alors je le ressens aussi, c'est pourquoi je vous dis que le but de chacun est différent. Au final, je pense que tout le monde, ou du moins mes collègues et moi, souhaitera toujours le bien-être des patients, mais comme je le disais, en tant que médecins, de nos jours, plus la médecine est fondée sur des preuves, mieux c'est. On prend aussi quelque peu une distance avec les pratiques culturelles et traditionnelles ; on n'y accorde pas beaucoup d'importance, vous voyez ce que je veux dire ?

00:24:13 *Chercheur*

Bien sûr, c'est ce que je voulais aussi vous demander, de votre point de vue, comment vous interprétez ou percevez personnellement toutes ces pratiques interculturelles, ou plutôt autochtones, comme l'accouchement vertical par exemple. Mais j'ai aussi entendu parler de la musicothérapie, de certaines mesures similaires... Quel est votre point de vue à ce sujet ?

00:24:40 *Esme*

En fin de compte, imaginez que ce processus de certification que nous avons créé vise également à intégrer ces techniques — musicothérapie, aromathérapie, massage, marche, compresses chaudes et bains chauds — comme mesures non pharmacologiques de gestion de la douleur qui sont certainement efficaces. Je crois donc que la médecine intégrative est extrêmement importante dans le contexte actuel.

00:25:14 *Esme*

Donc, pour notre part, nous utilisons toutes les techniques qui peuvent aider le patient à mieux supporter la douleur, notamment au début du travail ou chez les patientes qui ne souhaitent pas recevoir d'analgésie péridurale, option qui leur est pourtant proposée aujourd'hui. Imaginez qu'avant, elles n'avaient même pas cette possibilité, qu'elles ne pouvaient même pas marcher, qu'elles ne pouvaient même pas recevoir de massages, de compresses chaudes, d'aromathérapie ou de musicothérapie. Mais nous avons tout cela en ce moment même dans le service de maternité, en cours de certification ESAMyN, donc si, nous l'utilisons, mais certains avec moins de confiance que d'autres. Certains sont plus agacés que d'autres car, concrètement, maintenant, conformément au règlement hospitalier, nous sommes tous obligés de l'utiliser. Il ne faut évidemment pas négliger les différentes positions pour l'accouchement, comme la position debout, la position à quatre pattes, toutes ces positions qui peuvent faciliter le travail, diminuer le risque d'épisiotomie ou de déchirure. Tout cela contribue à réduire la douleur. Enfin, nos deux salles sont équipées pour ce type d'accouchement, mais que puis-je vous dire à ce sujet ? En fait, tout le monde ne se sent pas à l'aise de les utiliser, et tout le monde ne leur propose finalement pas ces alternatives. Et toutes les patientes ne se sentent pas à l'aise, mais ces alternatives existent à l'hôpital et je les trouve formidables car elles facilitent grandement l'accouchement pour certaines patientes. Et si vous me demandiez ce que j'en pense ? Ce sont assurément des outils qui peuvent aider le patient à ressentir moins de douleur et à subir moins d'interventions.

00:27:19 *Chercheur*

Ouais. Maintenant, si vous deviez définir l'ensemble du concept de santé interculturelle, comment vous y prendriez-vous ? En quelques mots.

00:27:31 *Esme*

La santé interculturelle des femmes, comment le définirais-je ? Comment l'intégration la médecine fondée sur les preuves aux pratiques culturelles. Cela permet une gestion qui, je crois, est plus que sûre et digne, et respectueuse dans un contexte qui, pour ne parler que de l'hôpital, cherche à ouvrir ses portes à tous les patients et à faire en sorte que tous se sentent les bienvenus, vivent une expérience agréable et soient en sécurité lors de l'accouchement, n'est-ce pas ?

00:28:38 *Chercheur*

Alors, à ce sujet, je voulais aussi savoir si vous aviez déjà collaboré ou interagi de manière pratique avec des sage-femmes ou d'autres personnes, en quelque sorte, professionnels de la santé traditionnels.

00:28:51 *Esme*

Il n'y a pas de formations à l'hôpital. Enfin, il y a des physiothérapeutes qui donnent toutes sortes de conférences sur les massages, sur tout ce qui touche à la gymnastique obstétricale, ce qui me semble très proche du sujet des pratiques, notamment ancestrales et indigènes, mais ils ne nous ont encore rien, enfin, en parlant de l'hôpital, il existe désormais des cours et des conférences que vous pouvez suivre, mais par exemple, ils sont appliqués lors des accouchements normaux. Mais ce que j'essaie de dire, c'est

que nous ne l'avons pas reçu dans le cadre de notre éducation, nous ne l'avons pas reçu. C'est comme quelque chose de très personnel que chacun doit apprendre un peu. Ces pratiques sont destinées à compléter ou à apporter un apprentissage supplémentaire à la pratique professionnelle, mais jamais à faire partie intégrante d'études formelles. Et pour ce que vous disiez à propos de mes éventuelles occasions d'être avec des sage-femmes : pas vraiment. Enfin, je suis le travail de beaucoup, mais je n'ai pas travaillé avec elles. Je n'en ai pas eu l'occasion. J'étais dans l'Est, dans ce qui appelle des brigades médicales et... même dans celle en zone rurale, j'étais à l'est, je n'ai jamais eu l'occasion de les côtoyer de près ni d'apprendre d'elles.

00:30:24 *Chercheur*

D'accord, et pensez-vous vraiment qu'en tant que professionnels de la santé occidentaux, disons-le ainsi, vous pourriez apprendre quelque chose de ces acteurs, que ces acteurs pourraient jouer un rôle plus important au sein du système de santé public ?

00:30:44 *Esme*

Bien sûr, oui, je le crois tout à fait. Je pense que nous pouvons apprendre les uns des autres, car j'ai été confrontée aux complications de ces interventions. Je pense donc que nous pourrions apprendre les uns des autres, et je pense que c'est important, surtout quand on a vraiment envie de s'améliorer. Et pour améliorer les pourcentages de naissances naturelles et faire en sorte que le nombre d'accouchements par césarienne n'augmente pas, n'est-ce pas, car ils s'accompagnent toujours de complications, ce qui complique encore les statistiques et entraîne davantage d'interventions chirurgicales pour les femmes... Je pense donc que si nous voulons tous vraiment œuvrer à l'amélioration de ces pourcentages d'accouchements par voie vaginale, nous pourrions, oui, en apprendre un peu plus. Aussi, je pourrais aussi vous dire que nous avons appris très superficiellement tout ce que nous sommes en quelque sorte obligés de faire. C'est pourquoi je disais que c'est une certification, c'est une obligation que nous devons tous appliquer davantage. Je ne pense pas que tout le monde soit d'accord, mais c'est parce que nous sommes dans un hôpital de niveau tertiaire, mais je pense que cela s'applique à la pratique professionnelle en général. Je pense que c'est très important. Je crois qu'il y a beaucoup à apprendre, notamment en accompagnant les patientes dans le processus visant à rendre l'accouchement moins invasif, moins douloureux et plus humain.

00:32:34 *Chercheur*

Pensez-vous que l'apprentissage... Oui, un échange de connaissances, comme vous le décrivez... Pensez-vous que ce soit faisable au niveau national ? Et si c'était le cas, pourquoi cela semblerait-il possible, que faudrait-il pour que cela soit possible ?

00:32:59 *Esme*

Je veux dire, je pense que peut-être dans... Je ne sais pas si ça le serait dans les hôpitaux de niveau tertiaire, mais peut-être... Mais pourquoi ? Parce que la plupart des hôpitaux de niveau tertiaire où arrivent ces patientes, je vous le dis honnêtement, parce qu'une patiente autochtone ne va pas venir de son plein gré à l'hôpital de niveau tertiaire pour accoucher, mais peut-être avec des sage-femmes ou dans des centres de santé plus proches et moins invasifs. Et les patientes qui arrivent dans nos hôpitaux sont des patientes très complexes qui doivent subir des interventions invasives. Il nous est donc très difficile d'appliquer certains traitements à ces patients dans des situations assez complexes en respectant des protocoles culturels, c'est-à-dire, comme le fait qu'ils portent leurs propres vêtements, nous leur demandons généralement d'utiliser leur blouse stérilisée. Beaucoup d'entre elles arrivent avec leur propre robe, c'est-à-dire leurs propres vêtements, et peuvent accoucher dans la position qu'elles souhaitent sans

être soumises à des perfusions intraveineuses, des cathéters, *etc.*, mais le fait est que la plupart des patientes de notre hôpital y seront soumises car ce sont des patientes qui arrivent avec des complications. Très peu accouchent de manière simple sans traitements invasifs, il s'agit évidemment des grossesses sans complications, mais beaucoup, voire la plupart, subiront des interventions invasives. De ce fait, dans notre hôpital, l'application de ces pratiques culturelles sera très limitée.

00:34:17 *Esme*

Par exemple, je pense que cela pourrait être appliqué dans les hôpitaux de deuxième niveau, qui, à mon avis, le font beaucoup plus intensément que nous, car ce sont des hôpitaux qui reçoivent des patients où ce ne sont pas des interventions si compliquées, elles peuvent donc être réalisées... par exemple, à un autre hôpital de Quito, de second niveau, je crois savoir qu'ils pratiquent de nombreux accouchements « humanisés » ; la plupart aboutissent à un accouchement. Ils s'efforcent de garantir un accouchement naturel car il ne s'agit pas de patientes nécessitant une intervention lourde. Nous recevons ensuite des nourrissons prématurés, des patientes qui vont accoucher prématurément, des patientes atteintes de prééclampsie diabétique, pour lesquelles nous devons surveiller la tension artérielle toutes les heures, les piquer pour vérifier leur taux de glucose. Il sera donc un peu difficile de ne pas paraître invasif car leurs cas sont complexes, mais je pense que cela peut s'appliquer aux hôpitaux et aux centres de santé de premier et deuxième niveau qui accueillent des patients sans complications et qui ne sont pas surchargés. Je pense donc que c'est là que nous pouvons bien mieux exploiter ces connaissances et travailler des deux côtés. Avant tout, je pense à ce qui se passe dans les villes... Le fait qu'il y ait une population autochtone plus importante signifie que cela contribuera à réduire les complications à domicile, lors de l'accouchement, avec les sage-femmes, car je pense que la communication, ou quel que soit le nom qu'on lui donne, le fait de s'impliquer et d'apprendre les uns des autres conduira à une plus grande confiance pour se rendre au centre de santé, au centre médical, si quelque chose se complique, pour demander de l'aide. Et en évitant de percevoir la médecine occidentale de manière aussi négative pour les patients autochtones, si leur propre sage-femme leur recommande d'aller à l'hôpital ou dans un centre médical, le fait de se familiariser avec les médecins et, en même temps, avec les sage-femmes, permettra aux patients d'être plus enclins à se rendre dans les centres médicaux en cas de besoin, et donnera également aux sage-femmes plus de liberté pour demander de l'aide lorsque les choses se compliquent. Et surtout, on pourrait aussi apprendre beaucoup en communiquant. Dans le contexte de la médecine occidentale, certains signes avant-coureurs permettent aux femmes de demander de l'aide et de prévenir les complications lors des accouchements à domicile.

00:36:37 *Chercheur*

Oui, c'est logique, mais je vois qu'il est déjà 6h30 et que l'appel va se couper dans une minute environ. Il ne me reste donc qu'une seule question qui tombe à pic : par rapport à tout ce sujet, y a-t-il quelque chose que je n'ai pas abordé, mais que vous jugez très important de mentionner durant les quelques minutes qui nous restent ? En matière d'interculturalité, d'attention portée aux femmes autochtones, de défis, *etc.*

00:37:15 *Esme*

Je pense que le plus grand défi est de se connecter les uns aux autres. Elles, toutes, la médecine interculturelle, et nous. Je pense que le plus grand défi est de parvenir à instaurer un dialogue, car j'ai aussi l'impression que chacun parle dans son propre intérêt. Ce que je vous dis, à propos du repli sur soi croissant vis-à-vis de la médecine fondée sur les preuves, témoigne d'un manque d'ouverture. On accorde donc un peu moins d'importance à d'autres choses, mais j'ai l'impression qu'il faut peut-être un lien entre les deux, une ouverture des deux parties pour pouvoir s'ouvrir et recevoir. Je tiens également à préciser

que, selon moi, il y aura toujours des obstacles, mais je crois qu'il y a un manque de flexibilité des deux côtés. Je pense que c'est l'une des nombreuses choses... [pause] Mais je pense qu'il est très important, surtout de travailler dans les endroits où vit et se trouve la majeure partie de la population. Alors peut-être devrions-nous aussi parler de la façon dont les statistiques pourraient nous fournir davantage d'informations et jouer un rôle primordial pour savoir où agir, où intervenir et où tirer parti de ces liens.

00:38:39 *Chercheur*

Oui, je vais vous couper la parole maintenant parce que je ne sais combien de secondes il nous reste.

Annexe 7 : Entretien avec Fabrice

00:00:02 *Chercheur*

Pour éviter de nous attarder, je propose de commencer directement. Pourriez-vous, s'il vous plaît, me parler un peu de votre parcours professionnel et de la façon dont vous êtes parvenu à votre poste actuel ?

00:00:25 *Fabrice*

Oui, eh bien... Depuis combien d'années suis-je médecin ? Depuis 1994, soit 6 ans, ce qui fait donc 32 ans de pratique. Oui, et en tant que médecin spécialiste, gynécologue, je vais bientôt fêter mes 25 ans de carrière.

00:00:52 *Chercheur*

D'accord, déjà 25. D'accord, et avec quel type de patients travaillez-vous habituellement ?

00:01:02 *Fabrice*

Eh bien, depuis toujours, depuis que je suis étudiant, j'ai travaillé avec des patientes en gynécologie et en obstétrique. Ainsi, depuis mes années d'étudiant, j'ai travaillé avec des patientes en obstétrique et gynécologie, et j'ai toujours été attiré par ce domaine.

00:01:31 *Chercheur*

D'accord, donc ça depuis le début. C'est sans doute assez difficile à quantifier, mais à quelle fréquence traitez-vous des patients autochtones ? Pourrait-on l'estimer en pourcentage approximatif ?

00:01:54 *Fabrice*

Eh bien, actuellement, lorsque nous prenons en charge des patients à l'hôpital public, la population autochtone, je crois que cela doit représenter environ 20 %, je pense ne pas me tromper. Toujours dans la fonction publique.

00:02:17 *Chercheur*

Oui bien sûr. Et d'après votre expérience, il existe peut-être certains défis ou certaines particularités à comprendre ces femmes autochtones, ou est-ce la même chose que comprendre n'importe quel autre patient ?

00:02:30 *Fabrice*

Non, il y a une grande différence. Oui, parce que voyez-vous, dans notre pays, je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de visiter certaines régions, je veux dire, il y a beaucoup de différences et de variations entre les hauts plateaux, la côte et l'est.

00:02:49 *Chercheur*

Oui bien sûr.

00:02:50 *Fabrice*

C'est très variable et aussi, n'oubliez pas qu'il s'agit d'un petit pays et que vous pouvez changer de région en quelques heures. Ouais. Et les coutumes entre ces régions diffèrent considérablement. Par exemple, j'ai d'abord eu l'opportunité de travailler sur une partie... pas un climat tropical, mais

subtropical, avec une population migrante à l'intérieur de notre pays. Ouais. Et cette population avec laquelle j'ai travaillé venait d'une partie des montagnes et d'une partie de la côte. Oui, à l'époque, travailler avec l'un n'était pas la même chose qu'avec l'autre. Or, lorsque je me déplace, j'ai parfois eu l'occasion de travailler avec des patients autochtones, et la population autochtone de la Sierra est un peu plus difficile à prendre en charge. C'est un peu plus fermé ; l'accès à l'information est un peu plus restreint. Oui, la population côtière est plus ouverte.

00:04:06 *Fabrice*

Lorsque j'ai travaillé, j'ai également travaillé dans l'Est, après avoir obtenu mon diplôme il y a environ 25 ans. Oui, j'ai travaillé dans l'est du pays avec un type de population autochtone différent. Ouais. Il s'est donc avéré qu'il y avait des autochtones et des métis autochtones, mais originaires de la région orientale. Oui, à l'époque, ils étaient beaucoup plus ouverts et l'accès était bien plus facile. Par exemple, ils cherchaient toujours à se faire soigner dans un hôpital ou une clinique. Ouais. Dans les montagnes, les gens essayaient souvent de rester chez eux. Oui, il n'allait pas très souvent à l'hôpital. Dans ce cas précis, une de mes expériences, non traumatisante mais néanmoins digne d'intérêt, est celle où j'ai soigné une patiente autochtone atteinte d'un cancer du col de l'utérus, mais la maladie était déjà trop avancée et elle est arrivée à l'hôpital trop tard. Ouais.

00:05:22 *Chercheur*

Je vois. Et cela pourrait avoir un lien avec les différences culturelles dont vous parliez ?

00:05:30 *Fabrice*

Oui, enfin, ici dans notre pays, c'est fortement lié aux différences culturelles. Oui, aujourd'hui, par exemple, il y a beaucoup de personnes, ou il existe un projet, un programme, qui tentent de jouer le rôle de sage-femmes. Nous sommes maintenant en l'an 2026. Oui, afin qu'il y ait des sage-femmes proches de la communauté et qui, quand on les appelle, aident la population. Oui, mais il y a un léger conflit. Je vais vous faire part de mon expérience ; j'ai eu quelques différends avec ces personnes car, selon moi, lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, c'est qu'il se passe déjà quelque chose. Écoutez, je travaille dans un hôpital de troisième niveau, c'est-à-dire un hôpital spécialisé ici à Quito, non, nous sommes dans la capitale de la République, et l'hôpital où je travaille est celui qui reçoit le plus de cas de pathologie du pays.

00:06:38 *Fabrice*

Oui, alors je dis aux *parteras* que si elles m'amènent le patient, c'est parce qu'il se passe quelque chose et que nous devons agir, et elles, elles ne vont pas plus loin... Autrement dit, nous devons fixer une limite. Voyez, quelque chose de similaire s'est produit en 1995, il y a environ 30 ans, lorsque le ministère, qui est l'entité qui gère la santé publique, a proposé ou avait déjà lancé un programme de formation de sage-femmes. Ici, les sage-femmes formées sont les accoucheuses traditionnelles. Oui, à l'époque, il existait des kits de prévention contre le tétanos. On leur fournissait des trousseaux de premiers soins comprenant une pince à épiler et un récipient propre dans lequel ils devaient stériliser ou faire bouillir la pince avant de l'utiliser. Oui, parce qu'on accordait beaucoup d'attention aux communautés ou aux populations, mais il n'y avait pas autant de couverture médiatique que nous en avons aujourd'hui, 30 ans plus tard. Oui, et voilà que ce sujet est de nouveau abordé avec les sage-femmes 30 ans plus tard.

00:08:02 *Chercheur*

Oui, donc si j'ai bien compris, vous avez déjà collaboré ou interagi avec des sage-femmes ?

00:08:11 *Fabrice*

Assez peu. Pas beaucoup. Ces derniers temps, un peu plus oui, mais auparavant, nous avons peu travaillé avec des sage-femmes. Oui, dans d'autres pays, d'où venez-vous ?

00:08:28 *Chercheur*

De Belgique.

00:08:29 *Fabrice*

Là-bas en Belgique, je ne sais pas si on les appelle des doulas.

00:08:34 *Chercheur*

J'ai déjà entendu ce nom, mais...

00:08:36 *Fabrice*

Une personne qui vous accompagne lors de l'accouchement. Ici, en revanche, nous les avons en tant qu'obstétriciens ; ce ne sont pas des médecins, mais plutôt des...ce sont des personnes qui étudient le service d'obstétrique pour prendre en charge tout ce qui concerne un accouchement normal sans complications. Oui, nous avons beaucoup plus interagi avec eux.

00:09:02 *Chercheur*

D'accord, je comprends, et vous pensez que des acteurs comme ceux-là, et d'autres personnes aussi, ou encore des acteurs traditionnels que je ne connais peut-être pas, pourraient en quelque sorte jouer ce rôle ? Un rôle plus important au sein du système de santé public, qui pourrait être davantage intégré et qui serait utile ?

00:09:25 *Fabrice*

Autrement dit, je pense qu'elles peuvent être inclus dans le système de santé public, mais pas à tous les niveaux de soins. Oui, je pense qu'elles sont très importantes au niveau des soins primaires. Cela se produit dans les communautés, dans les zones rurales, où nous n'y avons pas facilement accès. Ce n'est pas que nous n'ayons pas facilement accès aux soins de santé, mais plutôt que se rendre dans un centre est plus éloigné. Il y a donc des personnes qui peuvent être formées au sein des communautés et qui peuvent se rapprocher beaucoup plus de la population, voire même issues de la même communauté, et qui connaissent culturellement beaucoup mieux ce segment de la population. Ouais.

00:10:15 *Fabrice*

Quand ils arrivent réellement, comme je vous le dis, quand ils sont déjà à l'hôpital, c'est différent. Oui, il faut aussi tenir compte du fait que les lois évoluent beaucoup en ce moment. Oui, et nous, les médecins, sommes très exposés aux poursuites judiciaires. Oui, je vous le dis, j'ai eu une dispute, enfin pas une dispute à proprement parler, mais nous parlions avec les sage-femmes et elles disaient... Une dame a déclaré : « Je fais ce métier depuis 70 ans et il ne m'est jamais rien arrivé. » Oui, alors je me disais : « Waouh, quelle chance ! » Eh bien, je fais ce métier depuis 30 ans et j'ai des urgences tous les jours.

00:11:02 *Chercheur*

Bien sûr, c'est plutôt différent alors.

00:11:05 *Fabrice*

Dieu merci, en trente ans de travail, je n'ai vu que deux ou trois décès. Ouais. Oui, mais c'est précisément la différence qu'il faut faire. C'est pourquoi je dis qu'il faut fixer des limites, mettre un terme à cela et voir jusqu'où une personne souhaitant s'impliquer dans le système de santé peut aller, et d'où l'on part.

00:11:43 *Chercheur*

D'accord, il faut séparer les deux. C'est important, mais il faut séparer les deux.

00:11:49 *Fabrice*

C'est possible, vous pouvez travailler ensemble, mais il doit toujours y avoir un point de séparation.

00:11:54 *Chercheur*

D'accord, je comprends. Je voulais aussi en savoir plus sur toutes les pratiques plus traditionnelles, comme l'accouchement en position libre, des boissons spécifiques, de la musicothérapie, de l'aromathérapie, et autres choses du même genre, et je voulais connaître votre opinion sur ces pratiques, ainsi que votre point de vue professionnel à leur sujet.

00:12:21 *Fabrice*

Voyez, c'est un changement, un changement dans la conception du travail, des soins obstétricaux prodigués. Nous l'avons intégrée à l'hôpital. Depuis environ 3 ou 4 ans, depuis que nous avons commencé, il a été nécessaire de changer complètement les mentalités. Il y a des choses qui sont très bonnes. Oui, par exemple, le fait que le conjoint accompagne sa femme lors de l'accouchement est très positif, cela aide beaucoup. Oui, la musicothérapie est très efficace aussi, oui, mais seulement si nous utilisons ce que le patient demande. Oui, je ne peux pas imposer un type de musique au patient. Oui, je vais vous raconter une anecdote : pendant un accouchement, j'étais en train d'accoucher et la patiente m'a demandé de jouer du Bad Bunny. Oui, mais enfin, Bad Bunny, c'était son style. Je vous le dis, quand je suis en opération, j'aime écouter du rock des années 80.

00:13:37 *Chercheur*

Oui, un peu différent.

00:13:40 *Fabrice*

Oui, et de même, il m'arrivait parfois, en cabinet privé, d'arriver chez l'anesthésiste et de dire : « Bon, on commence, mettez ma musique », et il mettait de la musique classique. Et il me disait : « Non, docteur, la patiente a dit qu'elle m'avait demandé ça. » Je veux dire, alors ça veut dire que je travaille avec de la musique classique. De même, par exemple, vous avez d'autres chansons, il y a des patients qui vous demandent une musique qui s'apparente à de la musique sacrée, ou d'autres musiques, d'autres musiques plus sombres. Et de la même manière, j'ai eu des patients qui m'ont dit : « Écoutez, docteur, éteignez ça. » Ouais, « changez la musique, je ne veux pas entendre ça. » Mais il y a des patients qui se sentent très bien, comme je l'ai dit avec Bad Bunny, je ne peux rien faire, je mets juste du Bad Bunny.

00:14:28 *Fabrice*

Oui, l'aromathérapie fonctionne très bien. Oui, cela nous détend aussi. J'ai des cas très anecdotiques, très anecdotiques. Oui, enfin, c'est agaçant, on m'a dit : « eh bien, pour l'aromathérapie, il suffit d'ajouter quelques feuilles de marijuana et tout le monde est content. » Oui, mais je vous assure, j'ai eu le cas

d'une patiente qui, avec son partenaire, était toxicomane. Oui, et ils consommaient, ils consommaient de la marijuana et ils consommaient de la cocaïne. Alors, lorsqu'ils sont arrivés, lorsque le couple est arrivé pour l'accouchement, ils avaient consommé quelques heures plus tôt. Oui, vous pouvez donc imaginer comment ils sont arrivés, ils sont arrivés en planant, et cela leur semblait parfait. Oui, c'était le meilleur accouchement, c'est ce qu'ils ont apprécié, ils ont tout apprécié. Oui, mais ils avaient consommé de la drogue, je veux dire, et ce n'est pas normal. Il faut alors prendre des mesures. Disons ce qui se passe : dès que j'ai fait des tests, elle a été testée positive à la cocaïne, elle a été testée positive au cannabis, alors comment ont-ils pu l'arrêter ? Elle n'a rien senti, n'est-ce pas ?

00:15:50 *Fabrice*

Par exemple, d'autres pratiques comme la marche ou l'utilisation de ballons sont très efficaces ; oui, cela nous aide beaucoup. Certains patients les tolèrent très bien, tandis que d'autres disent non, cela ne fonctionne pas pour eux. Oui, bien sûr, une autre personne a un commentaire à faire, car j'ai eu des patientes qui ont suivi des cours prénataux en vue de leur accouchement. Oui, ils se sont préparés à la naissance pendant des mois ; cela leur a pris beaucoup de temps. Oui, leur préparation était incroyable et le moment de l'accouchement... Désespérés : « opérez-moi, je ne veux rien savoir. » Oui, ce sont donc des choses assez variables.

00:16:46 *Fabrice*

L'utilisation, par exemple, d'une sonde urinaire, de médicaments, d'une analgésie péridurale, est également très efficace. Oui, regardez, nous avons beaucoup de patients adolescents. Oui, pour une adolescente, l'accouchement est beaucoup plus difficile, beaucoup plus lourd, beaucoup plus dur, beaucoup plus difficile, et parfois on les aide avec un cathéter et elles s'en sortent très bien. Ils se sentent donc apaisés lorsque leur douleur est soulagée, non seulement par des compresses, mais aussi, parfois, par un traitement pharmacologique.

00:17:24 *Chercheur*

Bien sûr. En parlant de toutes ces sortes de pratiques, je voulais également savoir si, durant votre formation, vous aviez reçu une formation sur les pratiques médicales ou de santé interculturelles de ce type.

00:17:46 *Fabrice*

Non, vous savez quoi, c'est quelque chose que nous avons dû apprendre sur le moment. Comme je l'ai dit, nous avons commencé il y a environ 3 ou 4 ans, et nous avons dû apprendre beaucoup de choses. Oui, nous avons dû tout recommencer et réapprendre. Lorsque je suis à l'hôpital où se trouve mon centre, nous avons une certification en matière de pratiques interculturelles notamment : l'ESAMyN, dont vous avez sûrement déjà entendu parler. Oui, à l'époque, j'étais responsable du service, j'étais le chef de service au moment de la certification. Cela m'a donc paru être un travail de grande envergure car je devais travailler sur moi-même et le reste de mon équipe, changer le concept, les amener à collaborer, changer leur état d'esprit, leur dire : « Écoutez, essayons ceci, nous ferons mieux comme ça. » Oui, maintenant il y a beaucoup de travail et c'est beaucoup plus facile aujourd'hui car les gens le savent déjà, mais cela n'a jamais fait partie de notre formation.

00:18:44 *Chercheur*

D'accord, très intéressant. C'est aussi une de mes questions concernant le thème de la santé interculturelle, ce concept. Je serais également intéressé de savoir ce que cela signifie pour vous dans votre pratique

professionnelle, concrètement. Comment définir la santé interculturelle ? C'est un très beau mot, mais que signifie-t-il ?

00:19:06 *Fabrice*

Autrement dit, pour la pratique interculturelle. Je veux dire, je comprends que nous devons nous unir, oui, que nous devons nous associer, comprendre les traditions parce qu'il y a de nombreuses traditions en matière de santé. Ouais.

00:19:35 *Fabrice*

Et nous devons apprendre d'eux, et ils doivent aussi apprendre de nous.

00:19:41 *Chercheur*

Et en fait, quelles connaissances ou compétences pensez-vous également qui pourraient aider les professionnels de la santé et les professionnels traditionnels, par exemple, à mieux s'occuper des patients autochtones ?

00:20:03 *Fabrice*

Il existe de nombreux aspects très positifs concernant la manipulation des plantes médicinales, par exemple. Oui, c'est quelque chose de très bon, de très bon, de super super bon, je dirais. J'ai déjà été en Bolivie, et la population indigène y était beaucoup plus importante. Ils utilisaient beaucoup d'eaux et de thés à des fins spécifiques. Pour ce qui est des maladies qui guérissent plutôt bien, oui, il y a des choses, et si l'on considère que tous les médicaments sont à base de plantes, oui, il y a des choses qui sont très bonnes à cet égard. Par exemple, pour l'accouchement, il existe aussi des pratiques qui sont bénéfiques, n'est-ce pas ? Par exemple, on insiste beaucoup sur la marche. Moi, par exemple, en tant que gynécologue du XXI^e siècle, maintenant, oui, j'aurais peur... Par exemple, les *parteras*, elles modifient la position du bébé quand il n'a pas une bonne présentation. Oui, elles le règlent avec leurs mains ; c'est risqué et effrayant parce qu'on se dit : « Oh non, l'utérus pourrait se rompre, que pourrait-il m'arriver ? » Non, oui, alors voyez cela et elles peuvent nous l'apprendre. Et ce qu'elles pourraient apprendre de nous, par exemple, dans ma spécialité, à bien identifier les risques. Ouais. Risque élevé, facteurs de risque, signes de risque indiquant un état de santé préoccupant chez la mère...

00:21:31 *Fabrice*

Oui, car de la même manière, j'ai eu de nombreux cas, ou il y en a eu, où, par exemple, des personnes avaient été suivies par une sage-femme ou s'étaient soudainement retrouvées chez un guérisseur traditionnel, et il s'agissait de patients en phase préclinique. Oui, pour mes troubles hypertensifs, les plantes médicinales ne seront plus d'aucune utilité. Il faut les identifier et les envoyer rapidement à un hôpital. Alors oui, ces cas se sont produits... Il existe des cas similaires. Il y a eu des cas où la même sage-femme ou le, comment dire, chaman, dit, oui, « je ne peux plus gérer ça, je l'envoie à l'hôpital. » Oui, comme je l'ai dit, nous recevons des cas de partout au pays ; nous voyons beaucoup de cas comme celui-ci, donc oui, il y a beaucoup à apprendre, et ici aussi, dans les deux sens.

00:22:25 *Chercheur*

Oui, mais c'est parfaitement logique, oui. Et estimez-vous qu'il existe certaines choses, certains obstacles peut-être, qui rendent la mise en œuvre de tout cela, de l'interculturalité en général, difficile, disons, en pratique ? Disons, des choses qui la rendent plus difficile ou qui la facilitent ?

00:22:51 *Fabrice*

Je pense effectivement que l'obstacle un peu difficile à surmonter, comme je l'ai dit, c'est l'obstacle est culturel. Oui, l'obstacle, l'obstacle finit par être culturel parce que nous sommes divers, nous sommes différents, oui. Il ne s'agit pas d'une seule région, nous en avons plusieurs, et au sein de certaines régions, il y en a beaucoup d'autres, donc nous devons examiner cela, je ne sais pas comment on peut résoudre ce problème.

00:23:25 *Chercheur*

Nous arrivons donc progressivement à mes dernières questions. L'une d'elles était : si vous pouviez concevoir une collaboration idéale entre le personnel biomédical et les acteurs traditionnels, tels que les guérisseurs, afin de créer un système véritablement parfait pour les femmes autochtones en particulier, à quoi ressemblerait-elle ?

00:24:01 *Chercheur*

Que feriez-vous ?

00:24:02 *Fabrice*

Former. Former, tendre la main à ces personnes. En général, ils peuvent généralement devenir des leaders communautaires. Oui, parce qu'ils sont toujours les plus âgés, les plus anciens. Oui, approchez-vous des nouveaux et formez-les, pas seulement ceux qui partent, formez-les, apprenez d'eux, car nous avons aussi des choses à apprendre, et nous allons leur montrer ce dont nous sommes capables.

00:24:43 *Chercheur*

S'agirait-il donc réellement de mettre en œuvre un échange de connaissances ?

00:24:49 *Fabrice*

Bien sûr, mais c'est ce que je dis, il s'agit de formation, de formation mutuelle et, surtout, de se rapprocher de la communauté. Oui, car il vous est difficile de connaître le comportement de la communauté lorsque vous êtes en ville ou à l'hôpital.

00:25:04 *Chercheur*

Oui bien sûr.

00:25:05 *Fabrice*

Il faut aller là où ils sont, où ils vivent.

00:25:12 *Chercheur*

Bien sûr, oui. Et pensez-vous que tout le monde serait prêt à faire cet effort, à opérer ces changements ?

00:25:23 *Fabrice*

Je pense que 80 % des gens le font.

00:25:26 *Chercheur*

Ok, la plupart le feraient.

00:25:28 *Fabrice*

Ouais.

00:25:28 *Chercheur*

Super, bonne nouvelle. Je prendrai note de cela. Alors... Oui, ma dernière question serait de savoir si tout ce sujet, tout ce qui touche à la santé interculturelle, aux soins des femmes autochtones, aux particularités telles que les choses spécifiques, comme les choses typiques qui arrivent aux femmes enceintes autochtones... Dans tout cela, s'il y a quoi que ce soit que je n'ai pas abordé, mais que vous jugez important concernant ce sujet et qui devrait être mentionné.

00:26:06 *Fabrice*

Je n'ai pas compris votre question.

00:26:09 *Chercheur*

En gros, je voulais savoir si, concernant l'ensemble de ce sujet, tout ce dont nous avons discuté, y a quelque chose que je n'ai pas mentionné, mais que vous jugez important d'évoquer et de discuter.

00:26:25 *Fabrice*

Je ne crois pas, je pense que nous avons déjà beaucoup abordé le sujet. Ouais. Non, je pense que le plus important est de rechercher ou d'essayer de trouver des opportunités de formation mutuelle, oui, c'est le plus important car en termes d'expérience pratique, non, je ne sais pas ce que nous pourrions chercher d'autre.

00:26:51 *Chercheur*

Oui, bien sûr, eh bien je pense que ce sera tout, après avoir passé en revue mes questions, je pense que nous avons tout couvert. Oui, oui, oui. Je voulais aussi savoir s'il existait des mesures spécifiques à ce sujet à l'hôpital où elle travaille, mais oui, nous avons déjà discuté des directives SAMIN. Alors oui, ce serait tout. Merci beaucoup pour votre temps.

Annexe 8 : Entretien avec Greta

00:00:00 *Chercheur*

Parfait. Je propose donc que nous passions directement au sujet que nous souhaitons aborder, et pour commencer, je voulais simplement savoir si vous pouviez me parler un peu de votre parcours professionnel.

00:00:18 *Greta*

Bien sûr, eh bien, je suis obstétricienne-gynécologue, j'ai plus ou moins... Attendez un instant, il s'est déjà passé quelque chose ici [pause]. Eh bien, je suis gynécologue-obstétricienne et je suis médecin depuis 21 ans. Je travaille dans l'une des premières maternités de la ville de Quito et du pays, dans un hôpital de niveau 3. Dans ce contexte, nous sommes arrivés ici en tant qu'étudiants, comme tout le monde. J'ai commencé en 2006 et, en tant que gynécologue, j'ai débuté en 2008 et, depuis 14 ans, je coordonne le service et l'ensemble du secteur du centre chirurgical, qui prend en charge les accouchements non désirés. Je suis responsable d'environ 80 à 150 étudiants que nous prenons en charge dans le domaine des accouchements par voie basse et par césarienne, et bien sûr des interventions obstétricales d'urgence. Nous sommes opérationnels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Parallèlement, je suis également professeur d'université dans une université publique, je suis tuteur dans une université privée, et j'ai également occupé des postes administratifs en tant que directrice de l'établissement au sein de cet hôpital, et j'ai travaillé pour la coordination de la santé provinciale, ce qui couvre toute la région de Pichincha, ou Quito, comme on l'appelle. J'ai donc géré une partie des aspects administratifs, techniques et pédagogiques.

00:02:29 *Chercheur*

Oui, impressionnant, clairement. C'est assez impressionnant.

00:02:38 *Greta*

Merci.

00:02:41 *Chercheur*

Cela risque d'être un peu compliqué, mais pourriez-vous décrire une sorte de journée de travail typique, si on assume qu'une journée typique puisse exister.

00:02:51 *Greta*

Oui, en général maintenant, du moins dans la salle d'accouchement, les jours normaux, on arrive, on s'habille, car la journée de travail commence à 7 heures du matin. Entre 7h et 7h30, il existe quelques espaces calmes où sont effectuées les changements de service, effectués à la fois par les infirmières et les aides-soignantes, le personnel de nettoyage et aussi par les médecins traitants. Ceux qui restent discutent les détails avec ceux qui partent. Les heures de visite commencent à 7h30. Comment est-ce organisé ? Eh bien, tout d'abord, nous nous divisons par zones ; il y a les zones obstétricales à haut risque et les zones obstétricales à faible risque.

00:03:27 *Greta*

S'il y a soudainement une intervention chirurgicale urgente à ce moment-là, eh bien, c'est l'équipe qui arrive qui s'en charge, nous n'aimons pas celle qui part opérer, même s'il reste un peu de temps avant son départ, et nous prenons tout cela en compte. Lorsque nous avons des journées de formation, nous

organisons des séances de formation ensemble. C'est aussi extrêmement flexible, car parfois on planifie quelque chose, on arrive et c'est complet, plein d'urgences, et l'organisation est fichue. Mais habituellement les interventions chirurgicales sont programmées, elles sont évaluées, les comptes rendus opératoires du matin sont examinés, tout est organisé, et les accouchements sont également suivis, y compris les accouchements non chirurgicaux ou par voie vaginale.

00:04:06 *Greta*

Les équipes sont organisées et réparties par zone géographique afin que les patients bénéficient de cette proximité pendant leurs 12 heures de prise en charge. Dans la salle d'accouchement, là, on est constamment en mouvement, non pas pour évaluer les patientes, mais pour assister aux accouchements, voir quel bébé a des complications et doit subir une césarienne, des choses comme ça.

00:04:30 *Chercheur*

D'accord, oui, je crois comprendre. Et à l'hôpital, avec quel type de patients pouvez-vous travailler, ou y a-t-il un type de patient plus fréquent que les autres ? Que ce soit au niveau socio-économique ou au niveau ethnique, peu importe.

00:04:46 *Greta*

Quatre-vingt-deux pour cent des patientes admises ici présentent des grossesses obstétricales à haut risque. En règle générale, la construction d'un hôpital public est destinée aux classes socio-économiques faibles et moyennes. Pourquoi le niveau moyen ? Car certaines patientes, en raison de l'expérience et des antécédents de l'hôpital, ainsi que de la complexité de la pathologie, même si elles ont parfois eu des grossesses suivies dans le privé ou en clinique, décident parfois d'accoucher ici. C'est parce que nous sommes un hôpital de haute complexité.

00:05:19 *Chercheur*

Et à quelle fréquence ont-ils accès aux patients autochtones ?

00:05:24 *Greta*

Il en va de même pour les patients autochtones. S'il s'agit de patients à haut risque ou s'ils nous sont envoyés par des hôpitaux de soins primaires ou secondaires. Mais oui, nous avons bien une population autochtone qui, ici à l'hôpital, ne dépasse pas 4 à 5 %.

00:05:41 *Chercheur*

D'accord. Et pour vous, pensez-vous qu'il existe des particularités, des difficultés ou des aspects spécifiques liés à la prise en charge des femmes enceintes autochtones, qui diffèrent peut-être de ceux des autres groupes ethniques ?

00:06:02 *Greta*

Je crois que l'un des défis que les grands hôpitaux n'ont malheureusement pas relevés est précisément celui de s'adapter à leur pertinence culturelle. Car lorsqu'elles arrivent ici, il s'agit déjà de grossesses compliquées. Par exemple, elles souffrent d'hypertension, de complications infectieuses ou d'accouchement prématuré, ce qui arrive fréquemment, ou de pathologies graves qui compliquent la grossesse, comme des complications hépatiques. En général, c'est donc l'inverse qui se produit : elles arrivent et leur pathologie, leur état grave, prédomine. Alors seulement, on s'occupe réellement d'elles,

ont les surveille de près parce que leur état est à risque. Donc, nous ne pourrions probablement pas faire la même différence qu'au premier niveau, notamment lors de l'accouchement.

00:07:00 *Greta*

Donc, ici, 17 % des patientes viennent sans pathologie et sans grossesse compliquée. Nous voyons donc effectivement des grossesses compliquées, mais je pense que l'une des difficultés que nous avons parfois rencontrées réside dans la communication et la compréhension de la pathologie, car même en cas de complication, il arrive que les patients disent : « Je ne sais pas pourquoi je suis venu ici, je suis venu sur un coup de tête, c'est loin d'où j'habite, très loin. » Et comme l'hôpital est trop grand pour eux et que l'accès est si compliqué, il arrive un moment où ils partent et où un membre de leur famille reste sur place parce qu'il dit : « Ce n'est pas près de chez moi, prévenez-moi s'il faut, sinon j'ai des enfants à charge ».

00:07:55 *Chercheur*

Bien sûr, je comprends. Et, durant votre formation académique, avez-vous reçu une formation sur la culture autochtone et tout ça, afin de pouvoir communiquer avec eux ?

00:08:14 *Greta*

Jamais, jamais. C'est dans le domaine professionnel que nous avons dû nous former.

00:08:23 *Chercheur*

Vous vous souvenez peut-être d'une situation où des différences culturelles ou malentendus se sont produits. Ont-ils influencé le processus de soins pendant la grossesse, l'accouchement, les soins post-partum, etc. ?

00:08:39 *Greta*

Oui, j'ai obtenu ma bourse d'études dans un hôpital de base, que vous connaissez déjà. Et l'une des situations que nous avons observées était celle où la patiente rentrait chez elle pour accoucher, venait à la maternité et était toujours accompagnée, parce qu'il est si facile de passer des urgences à la salle d'accouchement en deux minutes. Vous n'aurez pas à passer par autant de filtres qu'ici.

00:09:04 *Greta*

J'ai notamment constaté qu'ils buvaient des eaux, des eaux à base de certaines plantes que nous ne comprenions pas bien, et que certaines d'entre elles avaient des accouchements très rapides, tandis que d'autres pas. Alors nous avons commencé à comprendre : « Oh, celle qui mange des graines de chérimole, attention, le bébé souffre de détresse fœtale », et c'est vrai, c'est-à-dire qu'elle a des accouchements si précipités que les bébés souffrent de détresse fœtale. Nous avons alors commencé à examiner cette partie.

00:09:30 *Greta*

L'une des principales difficultés réside dans le fait que, du fait également de leur contexte culturel, elles ne souhaitent pas de césarienne même en cas d'indication médicale. J'ai ensuite eu le cas d'une patiente présentant une complication grave de la prééclampsie appelée syndrome de Help. Cette patiente était dans un état extrêmement grave et était suivie par sa sage-femme, mais comme elle ne pouvait évidemment pas accoucher, etc., on l'a emmenée à l'hôpital. Elle ne voulait pas de césarienne, mais il était nécessaire de l'opérer car elle et son bébé couraient un risque très élevé. Mais elle n'en avait pas envie. Nous avons ensuite parlé avec leur chef, un chaman ; je crois qu'il appartenait à leur communauté

ou qu'il en était le président. Alors je lui ai expliqué et il est allé, il est courageux, et leur a dit : « Je vous ai dit de venir à l'hôpital parce que je ne peux plus continuer comme ça, c'est pour les médecins maintenant, vous n'allez pas accoucher normalement et c'est pourquoi nous vous avons dit de venir ici et vous devez subir une intervention chirurgicale. » J'ai donc absolument parlé avec lui et c'est à ce moment-là que j'ai pu les faire opérer, car nous n'avions pas les outils nécessaires pour atteindre la communauté, car les médecins sont parfois très éloignés de cette région.

00:10:41 *Chercheur*

C'est clair. Il arrive donc aussi que des acteurs traditionnels comme le chaman, par exemple, envoient des femmes à l'hôpital lorsqu'ils ne peuvent pas les aider. Est-ce courant ou pas ?

00:11:00 *Greta*

C'est courant, enfin, c'est même devenu fréquent, que les sage-femmes les envoient à l'hôpital, car elles se rendent compte que cela ne fonctionne plus et elles vont à l'hôpital. Il arrive que les sage-femmes nous disent, lors de nos réunions entre sage-femmes et obstétriciens-gynécologues, qu'elles n'ont jamais eu de complications en 40 ou 50 ans de pratique. Et je dis « oui, car vous ne voyez pas tous les patients, mais je reçois des patients envoyés par des médecins et des sage-femmes, évidemment, et je vois les complications que vous ne voyez pas. » Mais bien sûr, par exemple, des hémorragies peuvent suivre un accouchement et, avec des hémorragies, elles arrivent à peine jusqu'ici. Alors je leur dis : vous dites que ce n'est pas compliqué parce que le bébé est né, mais pour moi, ça l'est, parce que je reçois ces patientes.

00:11:54 *Greta*

Alors oui, il existe bien cette différence de perception des choses, mais je suis tout à fait d'accord, et les faits le confirment, que plus nous les formons et plus nous les intégrons dans les institutions, meilleurs seront les résultats et plus nous nous rapprocherons de la communauté, car il faut aussi tenir compte du fait que pour les patients autochtones, si l'on n'a pas cet intermédiaire comme le chef de la communauté ou la sage-femme qu'ils consultaient auparavant, les choses pourraient mal se passer. Parce que, souvent, vous n'avez aucun moyen d'entrer en contact avec les patients.

00:12:28 *Greta*

C'est vrai.

00:12:29 *Greta*

Et oui, les leaders communautaires influencent les décisions relatives à la naissance et à la contraception. Il existe donc une influence sur la gestion de la grossesse.

00:12:46 *Chercheur*

Pensez-vous donc que des acteurs comme, par exemple, des sage-femmes pourraient le faire jouer un rôle assez important au sein du système de santé public ?

00:12:59 *Greta*

En fait, leur rôle est largement reconnu. Ici, dans le pays, les sage-femmes sont certifiées e, dans le but de les intégrer au système de santé et de leur permettre d'apprendre, par exemple, l'une des grandes choses que le pays a faites il y a 10 ans, à partir de 2015, a été de leur dire d'utiliser des gants. Par exemple, maintenant les sage-femmes ont des gants, c'est donc important. Ici, elles portent des gants, ce qui a constitué un changement très important pour nous lors de la réception du nouveau-né et de la coupe

du cordon ombilical. Elles ont également reçu une formation sur les combinaisons anti-choc, une combinaison similaire à celle des astronautes, placée sur la patiente qui saigne afin de prévenir d'autres saignements ; sinon, son rôle est... Maintenir votre débit cardiaque afin de pouvoir continuer à vivre malgré l'hémorragie. Eh bien, c'est un modèle bolivien, péruvien, qui a été adopté en Équateur. Et oui, cela aussi était accepté.

00:14:02 *Greta*

Il faut également prendre en compte le fait que l'implémentation de tout ça, en tant qu'État, s'est avérée très difficile. De manière générale, les organisations internationales telles que l'OPS, par exemple l'Organisation panaméricaine de la santé, l'UNICEF, ont apporté leur soutien concernant cette problématique liée à la pratique sage-femme.

00:14:24 *Chercheur*

Avez-vous déjà collaboré activement avec des sage-femmes ?

00:14:32 *Greta*

Pas activement. Pas activement. En fait, je l'ai fait il y a environ 13 ou 14 ans, lorsque je travaillais dans des établissements, pendant 2 ans, où c'étaient généralement des sage-femmes qui étaient chargées de l'accouchement. J'étais responsable de la partie chirurgicale. J'ai donc beaucoup appris, oui, par exemple, je les autorisais à entrer dans les salles d'accouchement ; ils me disaient : « Docteur, je crois que c'est le moment pour elle, j'en suis sûre. » Ensuite, je supervisais pour m'assurer qu'ils le faisaient correctement, qu'ils vérifiaient bien, et c'est là que nous avons en quelque sorte terminé. Cela n'a duré qu'un ou deux ans. Ces 14 dernières années, 12 ans, je n'ai eu aucun contact car dans cet hôpital-ci, étant donné qu'il est plus grand et qu'il présente cet autre niveau de complexité. Et voilà. J'ai complètement perdu le contact et

00:15:36 *Chercheur*

Juste avant, vous avez parlé plus ou moins du soutien international à tout ce qui touche aux composantes du système de santé. Pour moi, cela a aussi à voir avec ce que promeut le gouvernement équatorien, c'est-à-dire... Je m'intéresse à la santé interculturelle et je voulais savoir ce que ce concept signifie en pratique, comment il devrait être défini ?

00:16:07 *Greta*

Je crois que, concrètement, la santé interculturelle nous unit, nous unit autour d'un objectif commun : sauver la vie des femmes, prévenir les décès maternels et néonataux. Je pense donc qu'il faut l'intégrer au système. La question de la santé publique, la question de la santé interculturelle, nous unit dans la pratique ; elle nous a séparés pour une raison ou une autre, mais elle devrait nous unir car telle est l'idée. Pourquoi ? Car lorsqu'on aborde la question de la santé interculturelle, on se rend parfois compte que ce n'est pas parce que le bébé naît ainsi que c'est dû à un manque de perception des risques obstétricaux. Autrement dit, c'est comme si ça se détendait et c'est ce qui provoque la gynécomastie. Concentrons-nous sur le problème, pas sur le positif. Voyez-vous, ne nous attardons pas sur les dix patientes qui ont bénéficié d'un accouchement sans complications dans leur communauté, mais concentrons-nous sur ces deux-là : nous ne pouvons pas accepter la situation ainsi. Je crois donc que lorsque nous aborderons cette question des risques obstétricaux et que nous créerons des synergies à la fois au niveau interculturel et au niveau des grandes élites hospitalières, nous pourrons y remédier. Chaque patient court un risque de décès, et nous devons tous le prévenir avec la même responsabilité, alors tout ira bien. Parce que sinon, on a l'impression qu'à l'hôpital, forcément, les complications sont déjà inévitables. Et on

commence à percevoir cette image. Je ne peux pas rester les bras croisés et regarder cela se produire dans mon propre hôpital, juste devant moi, et laisser la situation se compliquer. Mais beaucoup de gens s'en sortent très bien, c'est ce lien qui nous manque.

00:17:47 *Chercheur*

D'accord, oui. Plus précisément, qu'est-ce qui, selon vous, rend difficile la mise en œuvre de l'interculturalité au sens de la connexion ?

00:17:59 *Greta*

Je pense à la polarisation. Car si l'on est interculturel, il existe des services de santé interculturels qui permettent aux sage-femmes d'entrer dans les hôpitaux. Et nous disons : « mais comment ? Mais que devons-nous faire ? Avec quelle responsabilité ? Oh non, vous êtes responsable de tout ce qu'ils font. » Alors on dit : « Mais c'est impossible, car on ne peut pas s'occuper de quelqu'un d'autre qui fait autrement. » Et le patient pourrait ne pas être à l'aise. Il faut un partage des responsabilités. Mais dans cet État, les sage-femmes ne sont pas considérées comme des employées du secteur public ou des soignantes et ne perçoivent pas un salaire, mais reçoivent plutôt une prime. Mais cela signifie qu'elles n'ont aucune responsabilité au niveau hospitalier. Donc, si quelque chose arrive, vous n'êtes responsable ni du bien ni du mal. Je pense donc que c'est pour cela que ça n'a pas fonctionné, car la proposition existe déjà.

00:19:01 *Chercheur*

D'accord, oui, je crois comprendre. Et maintenant, j'aimerais aussi savoir comment vous interprétez ou percevez les pratiques autochtones comme... On m'a parlé hier de l'accouchement vertical, par exemple, vous avez mentionné des boissons et tout ça, et je voulais connaître votre avis, peut-être personnel mais aussi professionnel, bien sûr, sur ces pratiques.

00:19:34 *Greta*

Oui, je pense que nous, gynécologues et obstétriciens, devons désapprendre beaucoup de choses et les réapprendre. L'un des avantages est qu'il n'est pas nécessaire d'être autochtone. Mais il a été démontré que les pratiques autochtones, les pratiques culturelles, aident indéniablement lors de l'accouchement. En fait, ici, on a créé une salle d'accouchement interculturelle, avec tout le nécessaire. Qu'est-ce qu'il se passe alors ? Nous manquons beaucoup d'éducation, et souvent de foi. Et, en plus, ça ne peut pas s'appliquer à tout le monde. Par exemple, il a été démontré qu'une patiente qui bouge pendant le travail, qui est accompagnée et qui est calme, accouchera avec succès et se portera très bien, mais dans le cas de ces patientes gravement malades, cela n'est parfois pas possible. Et ce lien que nous établissons entre les grossesses compliquées et les grossesses sans complications est rompu, car culturellement, les soins liés à l'accouchement sont considérés que toutes les femmes, que la grossesse soit compliquée ou non. Cela crée parfois de la frustration chez les patientes. Elles disent : « Je pensais accoucher dans un lit vertical, assise, et je suis pratiquement allongée. » Oui, parce que vous souffrez de prééclampsie, un trouble hypertensif, vous êtes sous perfusion, sédaturée, sous médicaments, et oui, je veux dire, nous ne pouvons pas vous proposer cela, ça ne fonctionne plus.

00:21:08 *Greta*

Deuxièmement, d'un point de vue personnel, il y a des pratiques telles que, je le répète, l'accompagnement et la liberté de mouvement. Et les positions libres, qui sont sans aucun doute avantageuses. Quand on peut l'appliquer le plus souvent possible, c'est bénéfique.

00:21:27 *Chercheur*

D'accord, oui, super. Eh bien, je crois que nous arrivons à mes dernières questions. Imaginons une sorte de collaboration idéale entre le personnel hospitalier et les acteurs traditionnels, avec toutes les questions interculturelles que cela implique : si vous pouviez créer un modèle parfait, à quoi ressemblerait-il ?

00:22:04 *Greta*

Je pense que si je voulais créer un modèle parfait, il me faudrait une meilleure infrastructure pour accueillir tous les patients et leurs familles en un seul endroit, et attribuer à chacun une chambre en fonction de ses besoins et de sa situation. Je voudrais les avoir tous, mais pas tous dans la même pièce, pas tous là. Je souhaiterais disposer de chambres individuelles pour chaque patiente, dans un espace où elle puisse accoucher, être avec sa famille, et que ce soit sérieux ou non, je pense que ça marcherait, que vous puissiez personnaliser absolument tout.

00:22:52 *Chercheur*

Ça se tient.

00:22:56 *Greta*

Le problème, c'est que, tout comme dans les services de médecine générale, ce type de pratique dérange également le reste du personnel, et pas seulement les autres professionnels et les patients. Cela dépend ensuite de la région où vous vous trouvez. Si vous êtes dans cet hôpital, vous êtes toujours en minorité, donc est-ce que quelque chose comme ça va se produire ? Oui, bien sûr, je peux l'imaginer.

00:23:22 *Chercheur*

Une question m'est venue à l'esprit, vous en parliez, mais je l'ai oubliée. Donnez-moi une seconde. Maintenant, j'ai oublié. Oh. [Pause liée à une coupure de connexion]

00:24:02 *Greta*

Je ne vous ai pas entendu. Il est arrivé quelque chose à Internet, je pense.

00:24:08 *Chercheur*

Une autre question m'est venue à l'esprit, mais je l'ai oubliée. Donc ce n'était pas important. Nous en arrivons donc enfin à ma dernière question, qui visait à savoir si, depuis votre expérience, il y a des points que nous n'avons pas encore évoqués, mais qui vous semblent importants concernant l'interculturalité, la prise en charge des femmes autochtones et tout cela.

00:24:40 *Greta*

Je pense que vous avez abordé la plupart des sujets présentés. Je suis convaincue que, pour améliorer les soins de santé destinés aux populations autochtones, il est nécessaire d'intégrer les sage-femmes au système de santé de manière plus légale et certifiée, afin de maintenir ce lien avec la communauté. Et je crois que le système devrait aussi être individualisé selon les secteurs qui en ont le plus besoin, là où il y a le plus de communautés, parce que toutes les régions ne sont pas identiques.

00:25:18 *Greta*

Dans le système de santé équatorien, les pratiques interculturelles sont donc obligatoires et généralisées. Certains l'utilisent comme décoration pour que les autorités ne les embêtent pas avec le respect de la réglementation, et d'autres le font réellement. Je pense donc que cela doit changer au plus vite, n'est-ce

pas ? En d'autres termes, comme je l'ai dit, les patients dans une zone définie et les niveaux de soins doivent également être individualisés, car soudainement dans un grand hôpital, on essaie parfois de passer sous silence cette question interculturelle parce que nous ne pourrions pas l'appliquer car j'ai des patients plus gravement atteints, et d'autres patients tout aussi graves qui n'ont pas besoin d'un accouchement par voie verticale s'ils présentent une complication hypertensive grave. Autrement dit, ce n'est absolument pas la priorité ; la priorité est de lui sauver la vie. Je pense donc que lorsque nous parlons d'interculturalité, nous partons du principe qu'elle existe dans un monde parfait et qu'elle devrait être partout, alors que personnellement, je crois que ce n'est pas le cas.

00:26:15 *Chercheur*

D'accord. Oui, c'est logique aussi. Et maintenant, la question de tout à l'heure m'est revenue à l'esprit. Et cela a un lien avec ce que nous discutons. Pensez-vous qu'il existe des compétences ou des connaissances typiques des sage-femmes ou d'autres acteurs traditionnels, encore une fois, qui pourraient aussi aider les professionnels de la santé comme vous à mieux travailler avec les patients autochtones ?

00:26:49 *Greta*

Oui, je pense qu'ils font beaucoup de balancements, ce qui aide beaucoup au mouvement et à l'engagement des hanches, et c'est spectaculaire parce que nous ne savons pas comment faire, et nous pourrions éviter certaines complications en positionnant mieux le bébé. Je pense que c'est l'une des choses sur lesquelles nous pourrions beaucoup apprendre. Nous opérons pour des bébés encore assis dans cette position ou en position transversale ou croisée, mais les sage-femmes traditionnelles sont très compétentes et peuvent placer les bébés la tête en premier et éviter cela. Alors je pense ça, parce qu'à l'hôpital d'Otavallo, un collègue a dit qu'il n'opérait jamais les bébés assis parce qu'ils vont chez la sage-femme qui s'en occupe, et ensuite elle les envoie chez celui qui dit : « Tenez, docteur », et ils sont la tête en bas. Oui, waouh, je veux dire, je trouve ça spectaculaire. En d'autres termes, réduire le taux de césariennes dans ce genre de situations que nous ne savons pas gérer. Ce n'est pas parce que nous le faisons mal que cela ne fonctionne pas, et c'est pourquoi beaucoup d'entre eux le font très bien, et j'adore ce sujet du travail et de la préparation à l'accouchement, qu'ils maîtrisent mieux que nous, sur le plan interculturel. Se préparer à l'accouchement est indispensable.

00:28:00 *Greta*

Elle a son encens, ses vêtements, son huile, ce lien particulier, cette étreinte que nous autres médecins ne faisons pas parce que nous regardons, bien sûr, elle n'a qu'une seule patiente pour elle-même et c'est spectaculaire. Nous, nous avons 15 ans, n'est-ce pas ? Alors, bien sûr, c'est cet aspect qui nous manque, et c'est pourquoi nous parlons de la question interculturelle, car nous pensons que c'est de cela qu'il s'agit. Ça marche, et nous savons que ça marche. Et c'est ce que nous devrions apprendre dans chaque média : comment tirer le meilleur parti des choses que nous pouvons réellement appliquer ?

00:28:42 *Chercheur*

C'est clair. Et pensez-vous que la plupart de vos collègues seraient disposés à apprendre ce genre de choses ?

00:28:51 *Greta*

Non, car ici à l'hôpital, nous avons la stratégie pratique. Dans les hôpitaux ESAMyN, appelés hôpitaux amis des mères et des enfants, ici en Équateur, et par exemple, à l'intérieur des salles d'accouchement, au début, c'était 80% de « je ne veux rien savoir. » Maintenant, je pense que c'est moins, environ 50%. Alors oui, je pense que la moitié des obstétriciens-gynécologues sont comme ça. Ils ne comprennent

toujours pas, ils ne veulent toujours pas comprendre. Et comme je l'ai dit, malheureusement, c'est vrai, nous nous sommes laissé emporter par les complications que nous avons rencontrées avec ce problème.

00:29:38 *Chercheur*

Je vois. Bien. Eh bien, voilà toutes mes questions, merci beaucoup d'avoir pris le temps d'y répondre. Je vais terminer l'enregistrement.

Annexe 9 : Entretien avec Homer

00:00:00 *Chercheur*

Parfait, merci beaucoup. Pour commencer, pourriez-vous me parler un peu de votre parcours professionnel et de ce que vous faites lors d'une journée de travail typique ?

00:00:14 *Homer*

Bon, je m'appelle Homer, je suis médecin, j'ai obtenu mon diplôme de médecin généraliste à Quito. Je suis spécialiste en gynécologie-obstétrique. Je travaille dans une maternité en tant que médecin traitant au service d'obstétrique et je suis professeur de gynécologie-obstétrique pour une université. De même, j'occupe le poste de chef de département à cette université.

00:00:47 *Chercheur*

OK, super. Et avec quel type de patients parlez-vous habituellement, avec quel type de patients travaillez-vous habituellement ?

00:00:56 *Homer*

Eh bien, dans mon travail à la maternité Isidro Ayora, je travaille auprès des femmes enceintes et assure les soins à l'accouchement, y compris les césariennes.

00:01:06 *Chercheur*

Bien, et avez-vous déjà travaillé avec des femmes autochtones ?

00:01:18 *Homer*

Bien entendu, l'endroit où je travaille est un hôpital de référence national. On y accueille des patients de toutes les régions du pays. Donc oui, nous avons travaillé avec des patients autochtones, noirs et métis.

00:01:37 *Chercheur*

Un peu de tout, donc. Et quel pourcentage pensez-vous que représentent ces femmes autochtones ? Plus ou moins.

00:01:52 *Homer*

Le pourcentage n'est pas si élevé, pour être honnête, on pourrait parler d'un total d'environ 10 % de tout ce qui est pris en charge dans le service de maternité. Donc il n'y en a pas beaucoup, mais il y en a quand même.

00:02:09 *Chercheur*

Oui, il y en a peu, mais il y en a. Quelles expériences uniques ou potentiellement difficiles avez-vous vécues lorsque vous avez travaillé avec des femmes autochtones ?

00:02:24 *Homer*

En réalité, nous n'avons aucun défi. Nous pourrions probablement rencontrer quelques difficultés à un moment donné, mais il pourrait s'agir, par exemple, d'un problème de communication, ce qui serait le seul obstacle que nous pourrions rencontrer face à un patient issu d'une culture différente.

00:02:47 *Chercheur*

D'accord, oui. Et cela pourrait-il par exemple représenter un défi en matière de communication ?

00:02:55 *Homer*

Désolé, je ne vous ai pas entendu.

00:02:56 *Chercheur*

Cela pourrait-il notamment constituer un défi en termes de communication, notamment au niveau de la langue ?

00:03:06 *Homer*

Exactement, c'est purement une question de langue. Cependant, jusqu'à présent, nous n'avons rencontré aucune difficulté, car, par exemple, lorsque nous avons eu un patient qui présentait un autre type de langue, il est évident que des membres de la famille nous ont apporté leur soutien pour communiquer avec le patient.

00:03:27 *Chercheur*

Donc, tout le monde ne parle pas espagnol, et parfois une aide supplémentaire est nécessaire.

00:03:36 *Homer*

Oui, durant tout le temps que j'ai travaillé en maternité, nous n'avons eu qu'un seul problème de communication avec une patiente. Cependant, cette difficulté a été surmontée grâce au soutien d'un membre de la famille de la patiente elle-même.

00:03:51 *Chercheur*

OK, s'il n'y a pas de problèmes, tant mieux. Mais on pourrait imaginer une situation où, par exemple... Que se passerait-il si vous deviez vous occuper d'une femme autochtone qui ne parle pas espagnol et qu'il n'y a aucun membre de sa famille pour vous aider ? Vous avez une idée de ce qui pourrait arriver, de ce qui pourrait se produire si cela se produisait ? Je sais que c'est très théorique, mais...

00:04:23 *Homer*

Bien sûr, évidemment. En d'autres termes, je pense que le système de santé de notre pays a subi certaines réformes et modifications sur le plan interculturel. Je ne pense donc pas que nous rencontrerons d'autres complications ou obstacles pour soigner un patient d'une autre culture dans notre pays. Je ne pense donc pas qu'il y aura d'inconvénients, comme je l'ai dit, notre système de santé a été réformé depuis 2008, donc je crois que tout le personnel de santé de notre pays est capable de prendre en charge tout type de patient.

00:05:07 *Chercheur*

Et avez-vous entendu, observé, ou même accompagné certaines pratiques traditionnelles liées à la grossesse ou à l'accouchement ? Car j'avais déjà entendu parler de plusieurs pratiques, mais je ne sais pas si ce que ça donne en pratique.

00:05:28 *Homer*

Bien sûr, comme je l'ai dit, notre système de santé a subi certaines réformes. Ainsi, dans le cadre de ces réformes, on parle d'accouchement humanisé, d'accouchement culturel, où l'on privilégie certaines pratiques que la femme autochtone, par exemple, adopterait dans le confort de son foyer. Nous disposons donc de salles d'accouchement respectueuses des cultures. Je peux citer par exemple le massage, le bain d'eau chaude, les arômes dans la salle d'accouchement, et ce que nous proposons actuellement : l'accouchement accompagné d'un membre de la famille. Il existe même des unités médicales qui connaissent une forte demande de la part des patients autochtones, par exemple, où les sage-femmes sont autorisées à entrer. Ce sont des femmes qui soutiennent la communauté, des femmes qui accouchent et qui possèdent un riche savoir ancestral. Elles sont ensuite autorisées à accoucher.

00:06:34 *Homer*

Ce lien entre médecine scientifique et médecine traditionnelle n'est donc pas bloqué.

00:06:41 *Chercheur*

D'accord, et en fait, vous avez déjà collaboré avec certaines de ces sage-femmes ou interagi à avec elles ?

00:06:49 *Homer*

Certains oui, mais moi non. Je n'ai eu aucun contact avec des sage-femmes ; par exemple, mon hôpital est un hôpital de niveau 3, un hôpital où nous accueillons uniquement des patients très complexes. Ainsi, même s'il est vrai que le système de santé ne nous incite pas à adopter une approche particulière avec les membres de la famille, face à des cas complexes, nous nous efforçons uniquement de préserver la vie de la mère et de l'enfant. Du fait de leur situation particulière, qui les rend complexes, nous essayons de préserver... Nous n'avons pas eu de contact très étroit avec eux, ce type de coutumes ancestrales, comme par exemple les bains, l'accompagnement, l'aromathérapie, la visualisation, l'accouchement, le positionnement libre, par exemple en position verticale, ou à quatre pattes, couchée sur le côté, ... Cela, oui, nous le faisons dans notre hôpital, et c'est une pratique ancestrale.

00:07:58 *Chercheur*

Oui, pour ce qui est des cas plus complexes, le fait d'être hospitalisé dans un établissement de niveau 3 est un élément primordial. Pensez-vous qu'il soit possible de respecter la culture des peuples autochtones lorsqu'il s'agit de les aider dans des cas très complexes ?

00:08:32 *Homer*

Ce serait un peu difficile, mais cela ne veut pas dire que ce serait impossible. Il serait alors possible d'adapter certaines pratiques pour prendre en charge des patients légèrement plus complexes. Cependant, nous n'allons pas cesser de développer ni de renforcer notre volet scientifique. Nous pouvons nous adapter, nous pouvons ajuster, mais comme je l'ai dit, nous devons évaluer soigneusement le cas, le diagnostic du patient.

00:09:02 *Chercheur*

Oui, ça a du sens. Et, pour ce faire, pour inclure et garantir le respect de la culture dans les cas plus complexes, pensez-vous que les sage-femmes ou d'autres acteurs traditionnels pourraient jouer un rôle utile dans ce domaine ?

00:09:34 *Homer*

Oui bien sûr. Et comme je l'ai mentionné, même la loi sur la santé biologique, qui a été modifiée il y a quelques années, parle du modèle de santé global. C'est une matrice qui évoque la famille, la communauté et la médecine interculturelle. Oui, cette règle est appliquée de manière assez stricte dans les unités médicales où nous n'avons pas de patients aussi complexes, par exemple en premier ou deuxième niveau, et il existe des hôpitaux situés au sein des communautés autochtones, qui adoptent cette approche de la médecine ancestrale, et ils le font à 100%.

00:10:12 *Homer*

Donc, en résumé, je peux garantir qu'il existe dans le pays des unités qui prennent en charge 100 % de patients autochtones et qui respectent cette interculturalité entre la médecine traditionnelle et la médecine ancestrale.

00:10:30 *Chercheur*

Également au troisième niveau de soins ?

00:10:34 *Homer*

Au niveau des soins, comme je vous l'ai partiellement expliqué, en raison de la complexité et de la gravité de la situation, par exemple, il est extrêmement complexe de laisser entrer un membre de la famille ou de bénéficier de pratiques ancestrales au sein d'une unité de soins intensifs. C'est un peu complexe, mais dans les limites du possible, comme je l'ai dit, dans mon hôpital, nous avons ce qu'il faut. Nous avons mis en place, par exemple, l'accouchement en position libre ainsi que l'accompagnement des patientes, même pour celles ne présentant pas de comorbidités graves, en leur permettant d'entrer avec leurs propres vêtements, afin qu'elles se sentent beaucoup plus à l'aise dans notre établissement.

00:11:17 *Chercheur*

Oui, c'est compris. Et vous, que pensez-vous de ces pratiques d'un point de vue médical, d'un point de vue médical professionnel, mais aussi d'un point de vue personnel, peut-être ?

00:11:37 *Homer*

Eh bien, j'ai grandi, j'ai été éduqué dans un pays multiculturel, donc non, je n'ai aucun problème, je n'ai rencontré aucune difficulté, car je me sens à l'aise, je me sens chez moi. Comme je l'ai dit, c'est un honneur pour moi. Être médecin dans une population multiculturelle où l'on respecte toutes les cultures présentes dans notre pays.

00:12:07 *Chercheur*

Ces pratiques sont donc perçues comme présentant davantage d'avantages que d'obstacles.

00:12:19 *Homer*

Bien sûr, on apprend beaucoup des autres cultures, donc, professionnellement, je considère comme un avantage, voire un enrichissement, le fait de pouvoir apprendre, par exemple, la médecine ancestrale qui pourrait vous être utile, et qui l'est souvent.

00:12:39 *Homer*

Par exemple, il est scientifiquement prouvé que les massages, la marche et la présence de membres de la famille diminuent la durée de l'accouchement et réduisent la perception de la douleur chez les patientes. C'est donc quelque chose qui s'apprend grâce à ce type de relation interculturelle...

00:13:00 *Chercheur*

Dans cette optique, je voulais également vous demander si, durant votre formation universitaire, vous aviez reçu un enseignement sur la santé interculturelle ou les pratiques médicales autochtones, les cultures autochtones, ou quelque chose de ce genre ?

00:13:16 *Homer*

Bien sûr, dans notre formation, et comme je vous l'ai peut-être dit à un moment donné, le MAIS, le modèle de soins de santé complets, il parle de médecine culturelle, alors dans ma formation de médecin, j'ai reçu cette formation, le respect et l'attachement à ce type de modèle de soins. À un moment donné, j'étais aussi médecin communautaire ; je travaillais dans une communauté autochtone appelée Ximpis, qui était une communauté 100 % Shuar. J'avais donc aussi cette approche avec les patients autochtones, comme je le disais, dans notre formation de médecins, on nous enseigne la médecine interculturelle.

00:14:06 *Chercheur*

OK, super. C'est la première fois que j'en entends ça, car la plupart de ceux qui en parlent n'ont reçu aucune information sur les questions interculturelles, ils ont du les apprendre par la pratique et non par la théorie. Vous aviez donc déjà une base théorique.

00:14:27 *Homer*

C'est le modèle de soins de santé complets. Les modèles familiaux, communautaires et interculturels abordent ce type de modèle. Par conséquent, puisqu'elle fait partie d'une réforme organique du système de santé, il est obligatoire de s'y conformer. Et comme je l'ai dit, j'ai eu l'occasion, dans le cadre de ma pratique médicale en milieu rural, de travailler pendant un an avec une communauté Shuar. Donc oui, et dans cette communauté, vous n'aviez pas non plus de contact avec des personnes comme des sage-femmes, des guérisseurs ou quoi que ce soit de ce genre ? Je n'ai eu aucun contact, mais je n'ai pas non plus eu l'opportunité.

00:15:07 *Chercheur*

Et pensez-vous que vous pourriez apprendre quelque chose de ces acteurs, des acteurs professionnels du secteur de la santé traditionnelle ?

00:15:19 *Homer*

Bien sûr, vous pouvez apprendre beaucoup. Je crois fermement que même si, comme je l'ai dit, j'ai un niveau de formation spécialisé en gynécologie-obstétrique, on peut toujours apprendre des nouvelles choses. Ainsi, chaque jour, nous apprenons sur le tas. Probablement, si l'on a l'occasion d'être avec une sage-femme, avec un guérisseur, on peut apprendre de petites choses qui pourraient nous être utiles dans notre pratique professionnelle.

00:15:50 *Chercheur*

Vous êtes donc toujours prêt à en apprendre un peu plus ? Je comprends. Et aussi, autre chose qui m'intéresse, c'est encore une partie un peu plus théorique, mais... Nous avons déjà parlé des réformes et de tout ce qui concerne le gouvernement équatorien qui promeut la santé interculturelle, ce qui semble

être un terme vraiment intéressant, mais pour vous, dans votre pratique professionnelle, qu'est-ce que cela signifie ? Comment définiriez-vous le terme de santé interculturelle ?

00:16:28 *Homer*

Il s'agirait d'un système équatorien fondamental dans le respect des personnes et des savoirs ancestraux, qui garantit l'application de ces connaissances afin d'assurer une adhésion adéquate du patient interculturel dans sa prise en charge et durant son traitement. En fait, le fait que j'ouvre les portes de l'interculturalité à des personnes qui ne sont pas habituées à ce type de prise en charge, eh bien, ce que je garantis, c'est qu'elles adhéreront à mon traitement, à ma prise en charge, et cela permettrait de réduire, dans mon cas en tant que médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles. Eh bien, pour moi, c'est extrêmement important de sauver ne serait-ce qu'une seule vie de patient, même si c'est quelqu'un d'une culture différente, car ce sera beaucoup plus enrichissant pour moi.

00:17:30 *Chercheur*

Oui, je comprends, je comprends parfaitement. Et pensez-vous que, d'un point de vue médical, le respect des cultures et des pratiques puisse être utile d'une manière ou d'une autre, non seulement en théorie, mais aussi sur le plan pratique ?

00:17:54 *Homer*

Je pense que cela contribuerait certainement à améliorer la qualité des soins, car il s'agit souvent de patients très vulnérables, des patients qui ne sont pas pris en compte pour diverses raisons. Il est donc très important pour moi qu'un système de santé garantisse l'accès aux soins pour tous. Ces gens n'ont pas beaucoup de contacts avec la médecine occidentale.

00:18:25 *Chercheur*

Oui, d'accord, je comprends, et, oui, on pourrait, dans un monde idéal, concevoir une collaboration idéale entre le personnel biomédical et, eh bien, les populations autochtones en général ? À quoi ressemblerait ce modèle, si l'on pouvait imaginer un monde idéal qui convienne à tous ?

00:18:58 *Homer*

Un système de santé idéal devrait privilégier une approche beaucoup plus humaine, et non pas seulement technique ; nous devrions être plus humains, plus empathiques et tenter de trouver des solutions aux différents problèmes qui touchent principalement ce type de personnes issues de cultures qui n'ont souvent pas facilement accès à des soins de santé adéquats. Il suffit donc de garantir un système de santé plus humain, et nous ferons beaucoup pour ces personnes qui, à mon avis, ont bien plus besoin de nous.

00:19:41 *Chercheur*

Cela paraît logique, et pensez-vous que, en réalité, ce modèle de santé est réalisable ? Pensez-vous qu'en réalité, une solution envisageable dans un avenir assez proche pourrait être mise en œuvre ?

00:20:00 *Homer*

Comme je l'ai dit, je le pense, j'ai confiance... J'ai la conviction, en effet, que dans les hôpitaux communautaires que j'ai mentionnés, ils le font, et je crois que les médecins équatoriens ont une qualité humaine extrêmement élevée.

00:20:22 *Chercheur*

J'aime entendre ça. Alors... S'il fallait identifier, par exemple, je ne sais pas comment le formuler... des fossés culturels entre le monde biomédical et le monde autochtone. Lesquels voyez-vous ?

00:20:57 *Homer*

Quelles seraient les différences ?

00:20:59 *Chercheur*

Oui, les différences.

00:21:04 *Homer*

Les différences qui les empêchent d'y avoir accès, eh bien, je crois que c'est la distance, le transport : de nombreuses communautés sont extrêmement difficiles d'accès et ne peuvent être atteintes que par voie fluviale ou aérienne. En général, nous n'avons aucun problème avec la langue. Comme je vous l'ai dit, je travaillais au sein d'une communauté Shuar et j'avais un interprète Shuar qui m'aidait, par exemple, pour la gestion et la communication. Je pense donc que le principal obstacle pourrait être le transport et l'accès facile à un système de santé et à la médecine traditionnelle, compte tenu des différences culturelles.

00:21:54 *Chercheur*

D'accord, je comprends, ce n'est pas vraiment un problème, ce n'est pas un problème culturel ou d'information, ni un problème institutionnel, mais plutôt un problème de distance et de transport.

00:22:08 *Homer*

Oui, il existe des communautés très difficiles d'accès en petit avion. Hier encore, par exemple, je lisais un article — je ne sais pas si vous avez vu les informations — sur un père indigène qui a marché pendant 3 jours dans la jungle avec ses enfants jumeaux parce qu'ils avaient une pneumonie. Ainsi, par exemple, il faut bien comprendre qu'il s'agissait d'une communauté autochtone qui n'y avait pas accès. Dans la communauté de Taixa... Il a dû marcher pendant 3 jours pour pouvoir faire soigner ses enfants. Je pense que c'est une information, un exemple, pertinent ici. Cela s'est produit il y a quelques jours et cela pourrait être pertinent pour vos travaux de recherche.

00:22:56 *Chercheur*

D'accord, nous arrivons donc à ma dernière question, qui serait de savoir si... Concernant plus particulièrement la question de la santé et des soins interculturels pour les femmes autochtones enceintes, y a-t-il quelque chose que je n'ai pas abordé et que vous jugez important de mentionner ou que je devrais prendre en compte ?

00:23:28 *Homer*

Eh bien, je pourrais mentionner que dans ma spécialité de gynécologue-obstétricien, la question de l'interculturalité est liée au taux malheureusement élevé de mortalité maternelle dans mon pays. Nous avons donc essayé d'identifier certains facteurs qui pourraient être modifiés afin de réduire la mortalité maternelle dans le pays. Parmi eux, il existe un point clé concernant le processus d'accouchement interculturel, qui vise à créer un climat de confiance pour toutes les patientes, notamment celles issues de cultures différentes, afin qu'elles adhèrent à notre approche. En cas de complications, nous serons là

pour accompagner ces patientes qui pourraient avoir des réserves quant à notre modèle de soins. Nous essayons donc de toucher le plus grand nombre possible de ces types de patients, car c'est là que l'on observe le pourcentage le plus élevé de morbidité et de mortalité, en raison du manque d'accès aux soins, des différences interculturelles et de la honte. Donc, si nous essayons d'amener ces patients dans des hôpitaux de proximité, par exemple près de l'hôpital d'Otavalo, où plus de 90 % des personnes bénéficiant de ces soins sont des femmes autochtones... Dans ce secteur, au moment où je vous parle, nous avons considérablement réduit la mortalité maternelle en ouvrant un hôpital à l'interculturalité. Ainsi, par exemple, dans cet hôpital, les femmes sont soignées en position libre. S'ils souhaitent accomplir un rituel quelconque, ils en ont la possibilité. S'ils souhaitent emporter le placenta, ils sont autorisés à le faire. Ces patients comprennent alors que l'hôpital a changé. C'est l'hôpital qui s'adapte au patient, et non l'inverse. Cela garantit donc que la patiente reviendra, qu'elle informera sa communauté et que d'autres patients pourront venir et avoir accès à un accouchement sécurisé.

00:25:44 *Chercheur*

Un mot que vous avez utilisé a retenu mon attention, lorsque vous avez mentionné que les femmes peuvent parfois avoir honte de venir à l'hôpital... Avez-vous une idée de pourquoi elles pourraient avoir honte ?

00:26:04 *Homer*

La honte est uniquement liée à leur éducation... Une communauté où le seul qui pouvait voir sa femme, le seul qui pouvait toucher sa femme, c'était le mari... Je vous explique cet exemple car c'est ce qui m'est arrivé lorsque j'étais médecin en milieu rural. Pour les femmes, et pour moi en tant que médecin homme, il est très difficile pour une patiente de me permettre d'examiner ses parties intimes, par exemple, ce qui est le cas dans mon travail de gynécologue. Bien souvent, elles éprouvent de la gêne à l'idée qu'une autre personne manipule, évalue et examine, en l'occurrence le patient. Donc je pense que c'est un très grand écart où les patients ont leur mot à dire. Alors, c'est plutôt dû à la pudeur du patient...

00:27:04 *Chercheur*

Et pensez-vous qu'il existe un moyen de résoudre ce problème ? Et... Ne pensez-vous pas que cela pourrait aussi constituer un obstacle à la mise en œuvre de la santé interculturelle en général ? Dans ce cas précis, bien sûr.

00:27:26 *Homer*

C'est ce que je vous dis, c'est un obstacle. Je ne dis pas que nous avons surmonté cet obstacle. Cependant, si l'on parvient à mettre le patient à l'aise, comme je l'ai dit, en ouvrant l'hôpital à la communauté, il s'agit probablement d'un écart que nous pourrions progressivement combler.

00:27:44 *Chercheur*

Oui, super, on termine donc sur une note positive. J'aime beaucoup ça, donc je vais terminer l'enregistrement maintenant.

Annexe 10 : Entretien avec Irene

00:00:02 *Chercheur*

Parfait, merci beaucoup. Je propose donc que nous commençons directement. Et, pour commencer, je voulais simplement savoir si vous pouviez me parler un peu de votre parcours professionnel, comment vous êtes arrivé à votre poste et à quoi ressemble une journée type dans votre travail.

00:00:21 *Irene*

Bon, j'ai terminé mes études de troisième cycle à l'université pendant 4 ans, mais j'ai étudié grâce à une bourse du gouvernement, et puisque le gouvernement finance tout, ici dans le pays, lorsqu'il y avait ces bourses d'études, nous devions « venger » la bourse, c'est-à-dire rembourser l'aide du gouvernement. J'ai déjà terminé mes études, j'ai obtenu mon diplôme de gynécologue, et bien sûr, une fois diplômée, le ministère s'occupe de nous positionner dans sites spécifiques, des hôpitaux ou dans les lieux où ils ont besoin de médecins spécialistes. J'ai ensuite réussi à obtenir un poste ici à Quito, dans un hôpital de niveau trois, où j'ai travaillé pendant 4 ans comme médecin spécialiste. J'ai terminé mon remboursement en novembre de l'année dernière et je travaille toujours comme spécialiste dans le même hôpital.

00:01:28 *Chercheur*

Pourriez-vous nous parler un peu du type de patients avec lesquels vous travaillez habituellement ?

00:01:32 *Irene*

Bien sûr, nous travaillons avec tous les types de patients : à haut risque, à faible risque et à risque modéré. L'hôpital où je travaille est un hôpital de niveau 3, c'est-à-dire un hôpital spécialisé où nous traitons des patients de tous types, mais généralement à très haut risque. Cependant, nous avons un grand nombre de visiteurs. Il y a un nombre assez important de patientes enceintes. Nous traitons également les patients à faible risque, c'est-à-dire ceux qui ne présentent aucune complication, en théorie les patients à risque moyen, mais aussi les patients à très haut risque. Par exemple, les patientes atteintes de prééclampsie, les patientes souffrant de diabète gestationnel, les patientes présentant des cas très complexes qui nécessitent parfois même une thérapie intensive. Aujourd'hui, des patients arrivent des côtes du pays atteints de dengue, y compris des femmes enceintes et des cas de dengue hémorragique. Autrement dit, ce sont des patients assez complexes, nécessitant des soins multidisciplinaires, et des patients subissant des interventions chirurgicales parfois assez complexes.

00:02:34 *Chercheur*

J'imagine. Et vous soignez aussi des patients autochtones ?

00:02:40 *Irene*

Oui bien sûr. Notre pays est aussi un pays autochtone, n'est-ce pas ? Et nous soignons tous types de patients, chaque jour, y compris certains d'origine autochtone. Et oui, eh bien, comme je l'ai toujours dit, les peuples autochtones, comparés à nous autres métis, ont un grand avantage : ils sont bilingues ; ils parlent le kichwa et l'espagnol. Nous ne parlons pas le kichwa. Alors, bien sûr, aujourd'hui ils parlent espagnol et en termes de communication, nous n'avons aucun problème, mais nous soignons aussi des patients autochtones. Nous traitons des patients autochtones, des patients venant d'autres pays, d'autres cultures, par exemple du Moyen-Orient. Nous avons eu beaucoup de patients vénézuéliens, car ce sont des patients issus de l'immigration, et en ce qui concerne les patients autochtones, nous n'avons rencontré aucun problème majeur. Aujourd'hui, nos relations sont meilleures car nous respectons réellement leurs

souhaits, leur culture et leur vie privée, mais il arrive que nous devions faire autre chose qui ne corresponde pas forcément à leur façon de penser. On explique, on discute, et il n'y a pas de problème majeur. Ils sont généralement d'accord, pourvu que ce soit dans l'intérêt supérieur de la patiente et de son bébé.

00:04:00 *Chercheur*

La communication n'est donc pas un obstacle. Pensez-vous qu'il puisse y avoir d'autres aspects qui pourraient constituer des défis ou des caractéristiques spécifiques, plutôt que des défis spécifiques liés au service des femmes autochtones ?

00:04:18 *Irene*

Des difficultés comme celle-ci surviennent parfois : eh bien, ils considèrent l'accouchement normal, l'accouchement par voie basse, comme faisant partie de leur culture, oui, et parfois, pour une raison ou une autre, je ne sais pas, il y a des altérations du rythme cardiaque fœtal qui nous empêchent d'avoir un accouchement par voie basse, et nous devons alors pratiquer une césarienne, n'est-ce pas ? Et c'est là que parfois, il y a des désaccords entre eux et nous, et ils disent « non, je ne veux pas de césarienne », nous ne voulons pas de césarienne, mais nous avons déjà une indication précise. Le bébé ressent des mouvements fœtaux, et la mère ne peut pas y accéder. C'est là que se pose notre plus gros obstacle, car ils considèrent la chirurgie comme contre nature, mais finalement nous parvenons à dialoguer. Parfois, la conversation ne se limite pas à la patiente, mais inclut également son mari et parfois un autre membre de la famille, ce qui nous permet de désamorcer la situation et de poursuivre sans autres problèmes. Bon, il y a un problème car nous avons déjà un peu tardé à implémenter tout ça, mais c'est faisable.

00:05:23 *Chercheur*

Vous souvenez-vous d'une situation où ce choc culturel, comme je l'appellerais, a influencé le processus de soins à quelque étape que ce soit de l'accouchement, de la grossesse ou autre ? Avec des conséquences observables.

00:05:43 *Irene*

Non, pas vraiment. Nous avons toujours essayé de faire ce qui était le mieux pour la mère et pour le patient. Aujourd'hui, enfin, c'est différent d'avant, n'est-ce pas ? Bien sûr, certaines patientes arrivaient alors qu'elles avaient déjà tenté d'accoucher à domicile avec des sage-femmes, n'est-ce pas ? Et elles n'ont pas réussi, et elles sont arrivées dans un état assez compliqué. Et bien sûr, en général, voire toujours, non, les sage-femmes ont beaucoup de connaissances ancestrales et tout ça, mais si la sage-femme n'a pas réussi à faire accoucher la patiente, c'est parce qu'il y a quelque chose de compliqué, je veux dire, c'est sûr à 100%. Et ce dont je me souviens, c'est qu'il ne s'est rien passé de catastrophique, non, mais avant, par exemple, elles avaient essayé d'assister les accouchements en position assise à domicile avec des sage-femmes, elles n'y étaient pas parvenues et les patientes arrivaient à l'hôpital avec un fœtus dont la tête était bloquée et décédé. Mais je n'ai pas vu ça. C'est ce que disent les soignants beaucoup plus âgés, oui, et ceux qui ont travaillé dans des zones beaucoup plus rurales. Oui, parce qu'ici en ville, on ne voit pas grand-chose. Aujourd'hui, cela ne s'est pas produit car ils ont tendance à pouvoir accéder à tous les types de soins de santé, qu'ils soient de premier, deuxième ou troisième niveau. Au premier niveau, j'entends les centres de santé qui prennent en charge les accouchements, au deuxième niveau, les hôpitaux moins complexes et de troisième niveau comme nous, qui sommes plus complexes, mais nous n'avons pas de cas vraiment désastreux.

00:07:04 *Irene*

Ce qui attire vraiment mon attention, c'est que les patients d'origine indigène, et en particulier ceux originaires de l'Est, oui, les Shuar par exemple, ont tendance à présenter de nombreuses complications de santé. Par exemple, chez les patientes prééclamptiques pendant la grossesse, j'ai remarqué que les symptômes apparaissent généralement dès le début de la grossesse. Dans le cas de maladies très complexes, comme la leucémie, si une femme est enceinte et qu'on lui diagnostique ensuite une leucémie, ou encore chez des patientes atteintes de troubles sanguins, avec une thrombocytopénie très importante, elles finissent souvent par mourir des suites de ces complications qui débutent pendant la grossesse. Cependant, j'ai remarqué que contrairement à d'autres ethnies, les patients originaires de l'Est présentent plus souvent des cas complexes car ils souffrent de maladies très graves et ont même tendance à en mourir.

00:07:59 *Chercheur*

Un peu moins chouette, mais très intéressant. Et avez-vous une idée de pourquoi c'est ainsi ?

00:08:09 *Irene*

Non. Nous nous sommes toujours posé la question et cela doit être dû à des raisons génétiques, oui. Car, par exemple, les patients métis souffrent effectivement de maladies qui se déclarent parfois pendant la grossesse, mais il est très fréquent qu'il s'agisse de patients originaires d'Orient. Il n'existe pas d'étude à proprement parler, du moins pas à ma connaissance, qui cherche à découvrir pourquoi. Je ne pense pas qu'il existe d'études actuellement car il n'est pas éthique d'étudier ces patients, non. Autrement dit, il s'agit d'une patiente vivante présentant des complications ; d'un point de vue éthique, il ne sera pas possible de l'étudier en tant que telle, mais peut-être qu'une étude génétique pourrait être menée afin d'identifier une partie des chromosomes ou des gènes qui en sont la cause, du fait qu'ils y sont plus enclins. Je crois que c'est dû à la génétique, car notre patrimoine génétique est complètement différent, et cela pourrait aussi être dû au fait que parfois, eh bien, dans des cultures indigènes très profondément enracinées, il y a bien sûr beaucoup d'inceste, n'est-ce pas ? Il existe donc probablement des gènes qui se transmettent de génération en génération, c'est peut-être ainsi. Mais oui, les patients autochtones, en particulier ceux de la région Shuar de l'est de la Bolivie ou des hauts plateaux, souffrent souvent de complications importantes ; leur état se complique considérablement lorsqu'ils développent des maladies. Généralement non, mais quand les choses se compliquent, elles se compliquent vraiment et deviennent mauvaises.

00:09:26 *Irene*

Quoi d'autre ? Je suis consciente que, selon la culture, il peut y avoir des complications ; par exemple, nous traitons un nombre important de patientes vénézuéliennes. Elles aussi, d'un autre côté, ont leurs propres maladies ; par exemple, elles peuvent souffrir de prééclampsie, d'hypertension, et une fois qu'elles ont accouché, eh bien, la prééclampsie est censée être guérie, n'est-ce pas ? Et c'est ce qui arrive, parce que... C'est comme ça. Mais par exemple, les patients vénézuéliens déclenchent des compressions très élevées qui, dans de nombreux cas, sont réfractaires au traitement qui nécessite l'utilisation de différents médicaments antihypertenseurs qui nécessitent une thérapie intensive pour pouvoir les contrôler. En réalité, c'est complètement différent.

00:10:02 *Chercheur*

Intéressant et... Il y a quelques minutes, vous avez également mentionné les *parteras* et je voulais savoir si vous aviez déjà travaillé, collaboré ou interagi avec des sage-femmes ou d'autres professionnels de la santé traditionnelle ?

00:10:18 *Irene*

Non, je n'ai pas encore travaillé avec eux. En tant que spécialiste, lorsque j'effectuais mon service médical en milieu rural, j'ai constaté que ce phénomène était plus fréquent dans la pratique médicale rurale, c'est-à-dire dans des endroits assez éloignés des villes. Mon dispensaire rural, qui n'est pas très loin d'ici, à Pichincha, de Quito, en fait, il se trouve à Pichincha même, je n'avais qu'une seule sage-femme dans toute ma communauté, avec qui je n'ai jamais pu communiquer. Mais je crois savoir qu'aujourd'hui, le ministère de la Santé, depuis une bonne dizaine d'années, en fait depuis une quinzaine d'années, compte tenu du taux élevé de mortalité maternelle et néonatale, a conclu un accord, pour ainsi dire... Comment dire ? Un programme dans lequel ils forment systématiquement les sage-femmes. Oui, et je me souviens que lorsque j'étais en zone rurale, ils avaient même une trousse de soins obstétricaux pour les sage-femmes, c'est-à-dire qu'elles avaient dans une petite boîte tout le nécessaire, par exemple des médicaments, du fil de suture, c'est-à-dire qu'elles recevaient un kit d'accouchement complet, avec des fiches d'avertissement. On leur a expliqué à quoi s'attendre et à quoi ne pas s'attendre, afin que la communication entre les sage-femmes et le personnel de santé du ministère soit solide et permette de prévenir les décès maternels ; c'est ce qui se fait depuis longtemps. Cela s'est effectivement fait, oui.

00:11:43 *Irene*

Et la communication est aujourd'hui beaucoup plus large dans tous les hôpitaux, dans la plupart, et surtout dans mon hôpital qui pratique l'accouchement humanisé, c'est-à-dire où le choix de la patiente est prioritaire si elle souhaite accoucher. Que vous soyez allongé, assis, debout, comme vous le souhaitez, nous avons déjà l'espace adapté. Vous pouvez être accompagnée d'un membre de votre famille ou d'une personne de confiance pour l'accouchement, vous pouvez faire des exercices, vous pouvez faire beaucoup de choses. En fait, par exemple, lors d'un accouchement, lorsqu'il s'agit d'un accouchement sans complications, oui, lorsque nous avons des patientes dont l'état n'est pas compliqué, nous éteignons même les lumières, nous créons une ambiance beaucoup plus calme, avec moins de monde, moins de bruit, et nous diffusons une musique relaxante, un arôme ou une odeur particulière pour qu'elle puisse aussi détendre pendant son accouchement. C'est ce que nous faisons aujourd'hui, la plupart du temps, tant que les conditions le permettent, car lorsqu'il s'agit d'un patient complexe, eh bien, on ne fait pas ça.

00:12:37 *Chercheur*

Oui, et il me semble que ces *parteras*, qui semblent être incluses au premier niveau, pourraient-elles également avoir un rôle plus important dans le système de santé public, à un niveau, je ne sais pas, institutionnel, peut-être, à partir du second niveau de soins ?

00:12:59 *Irene*

Oui bien sûr. En fait, elles font partie intégrante de la culture, n'est-ce pas ? Il me semble qu'au sud de Quito, et plus précisément au centre de santé de Guamaní, il y a des sage-femmes qui font partie de l'établissement et qui s'occupent de leurs patientes. Oui, c'est très important, car si nous n'agissons pas, par exemple, avec la communauté et en tenant compte des racines et des coutumes de notre peuple, il nous sera très difficile d'atteindre l'objectif, qui est de prévenir la mortalité. C'est super important, super important.

00:13:31 *Chercheur*

Au cours de votre formation, avez-vous reçu une formation sur tous ces sujets, sur l'interculturalité, la santé, la santé interculturelle, les médecines ancestrales, un peu de tout cela ?

00:13:45 *Irene*

Oui, j'en ai reçu, et il existe même des guides équatoriens, notamment des guides pour la gestion des accouchements ancestraux. Ça existe et c'est réglementé par le ministère de la Santé publique. Autrement dit, nous devons absolument le faire.

00:13:57 *Chercheur*

Vous devez absolument le savoir, ok. Et puis, enfin, on parlait bien sûr des sage-femmes, mais aussi des pratiques qu'elles utilisent, comme l'accouchement par choix libre, vous en avez déjà parlé, mais aussi de boissons thérapeutiques à base de musicothérapie, et de choses comme ça. Et je voulais savoir : avez-vous déjà entendu parler de certaines de ces pratiques, les avez-vous observées ou y avez-vous participé ?

00:14:28 *Irene*

Non, en ce qui concerne les boissons, nous n'en servons pas à l'hôpital, mais nous nous occupons de patientes qui, par exemple, en ont amené de l'extérieur. Elles souhaitent boire quelque chose pour améliorer les contractions, par exemple de l'eau à la cannelle ou une tisane. Mais nous ne recommandons pas vraiment cette consommation car nous avons constaté que lorsque des patientes prennent certaines de ces tisanes, cela déclenche des contractions très intenses et très fréquentes qui dépassent la normale et qui, au lieu de montrer une amélioration, provoquent des douleurs. Oui, cela entrave considérablement le processus normal de l'accouchement et empêche le fœtus de respirer à chaque contraction. Oui, c'est-à-dire que cela diminue le taux d'oxygène et... Ces boissons déclenchent des contractions très fréquentes, plus rapides et plus intenses en permanence, et par conséquent le fœtus commence à souffrir. Oui, les patients arrivent généralement avec ces complications après avoir consommé une boisson quelconque. Nous avons constaté cela et nous ne le recommandons pas ; c'est un sujet de conversation récurrent, et je me souviens que, par exemple, dans des zones rurales, ils ont parlé avec les sage-femmes, les encourageant à avoir un accouchement aussi naturel que possible, sans intervention d'eau, de boisson, de quoi que ce soit d'autre. C'est quelque chose qu'il est déconseillé de faire.

00:15:49 *Chercheur*

Je voulais aussi connaître votre point de vue sur toutes ces pratiques, les boissons, qui ont déjà été évoquées, mais aussi sur l'accouchement en position libre et le soutien qu'elles peuvent apporter. Devons-nous les intégrer lors de l'accouchement, toutes ces pratiques dites ancestrales ? Quel est votre avis à leur sujet ?

00:16:13 *Irene*

Non, je crois que l'accouchement est un moment véritablement unique pour la patiente. Et il faut la vivre pleinement pour qu'on puisse s'en souvenir de la meilleure façon possible. Je crois que nous pouvons réaliser toutes les interventions ancestrales, pour ainsi dire, humanisées, sans problèmes majeurs. Cela peut être fait pour que la patiente se sente plus calme, plus à l'aise, plus détendue pendant son accouchement, à condition que cela n'interfère pas avec le déroulement normal du travail et ne soit pas nocif pour elle ou son bébé. Oui, ce serait idéal, je pense. Il est important que la personne accouche dans les conditions les plus confortables et les plus sûres possibles.

00:16:53 *Irene*

Auparavant, lors de l'accouchement, les patientes entraient et leurs familles n'entendaient plus rien jusqu'à ce qu'elles soient déjà en salle de réveil après l'accouchement. La présence d'une personne à vos côtés est particulièrement importante car il a été démontré qu'elle diminue l'intensité de la douleur, améliore le travail et réduit sa durée. Ce que nous expliquons toujours aux patientes, c'est que, bien sûr, nous pouvons tout faire tant que cela n'interfère pas avec le processus de soins normal et ne nuit pas à

leur santé, celle de la mère et celle du fœtus, ce qui est le plus important. C'est parfait. Je suis tout à fait d'accord, mais évidemment, en cas de complication, étant donné que l'obstétrique est extrêmement imprévisible, tout peut bien se passer et à un moment donné, quelque chose se produit et il peut y avoir, par exemple, une hémorragie post-partum très importante, si le fœtus ne descend pas, ou si nous devons pratiquer une césarienne d'urgence... Tout va bien jusqu'à ce qu'on doive intervenir pour préserver la vie de la mère et du fœtus, alors c'est acceptable.

00:17:56 *Chercheur*

Et vous pensez qu'il existe certains types de connaissances ou de compétences, comme celle dont nous avons déjà parlé, que les professionnels de la santé comme vous pourraient apprendre des sage-femmes ou d'autres acteurs traditionnels afin d'améliorer leur travail auprès des patients autochtones en particulier.

00:18:21 *Irene*

Bien sûr, nous pouvons beaucoup apprendre car ils connaissent certaines techniques telles que les massages, les mouvements du bassin et des hanches, qui se sont révélés favoriser une bonne rotation fœtale et aider le fœtus à mieux s'engager dans le canal de naissance. Pouvons-nous apprendre beaucoup de choses ? Oui, tout à fait, car elles savent des choses que nous ignorons et qui ne nous ont pas été enseignées lors de notre formation, et que nous essayons souvent d'acquérir en suivant des cours avec des sage-femmes. Voilà donc ce que nous pourrions beaucoup apprendre d'eux.

00:18:54 *Irene*

Oui. Bien sûr. Par exemple, il existe des façons de considérer que, bien sûr, lorsque la patiente va accoucher, elle doit être allongée, les jambes aussi écartées que possible, mais. Nous avons vu des vidéos, nous avons lu des articles qui affirment qu'il n'est pas nécessaire d'écartier les jambes, car en réalité on rétrécit le canal de naissance, mais qu'il faut plutôt les replier vers l'intérieur pour que le canal de naissance s'ouvre. Par exemple, les sage-femmes sont au courant de ce genre de choses, nous non. Donc oui, il est important, il pourrait même être très important d'adopter cette approche, de mettre en place une forme de formation avec eux.

00:19:27 *Chercheur*

Oui, bien sûr, et pensez-vous que la plupart de ses collègues seraient prêts à apprendre tout cela, à opérer ce changement ?

00:19:37 *Irene*

Non, malheureusement, tout le monde n'est pas prêt à accepter le changement. Certains de mes collègues sont un peu fermés d'esprit, car ils pensent que tout doit se dérouler conformément aux prescriptions médicales. Oui, il y a des gens, des gens, des gens, comme partout ailleurs... En réalité, la plupart des gens sont tout à fait d'accord, mais il y aura des personnes qui auront beaucoup plus d'années d'expérience que celles d'entre nous qui sont un peu plus jeunes et qui résistent peut-être un peu au changement. N'oublions donc pas que tout changement rencontrera une certaine résistance. Cela arrive fréquemment, mais la plupart des gens, surtout les jeunes, disent qu'ils peuvent accéder au changement, qu'ils pourraient vouloir le faire. Oui, ils peuvent le faire, mais il y aura toujours des gens qui résisteront et s'opposeront au changement.

00:20:19 *Chercheur*

Bien sûr, toujours. Et à votre avis, à quoi cela pourrait-il ressembler ? Comment pourrait-on enseigner toutes ces pratiques à ceux qui souhaitent les apprendre à l'échelle nationale ? Pensez-vous qu'il serait possible d'enseigner quelque chose de nouveau à des médecins qui pratiquent déjà ?

00:20:40 *Irene*

Oui, bien sûr, c'est tout à fait faisable car tout ce qui est bénéfique aux patients est utile et bénéfique. Alors, je ne sais pas, envisagez un entraînement de masse, peut-être en utilisant les médias numériques, qui permettent d'éviter aux gens d'avoir à se déplacer d'un endroit à un autre. Ou, par exemple, de former certains points focaux, disons des lieux avec des personnes provenant de zones légèrement plus grandes, afin qu'ils puissent reproduire l'information en organisant des sessions de formation dans chacun de leurs lieux. Oui, c'est possible. Autrement dit, si nous nous unissons, que nous nous organisons et nous nous formons, cela peut se faire au niveau national.

00:21:17 *Chercheur*

Oui, super, quelque chose de positif. Donc maintenant, et peut-être d'une manière un peu plus théorique... Je suppose que vous avez déjà entendu dire que le gouvernement équatorien promeut officiellement la santé interculturelle. Eh bien, c'est un très beau mot dans le domaine de la santé interculturelle, mais je voulais savoir ce qu'il signifie pour vous en pratique, ou si vous deviez réellement le définir ?

00:21:51 *Irene*

Si je devais la définir, pour moi, la santé interculturelle, ce sont des soins dignes, prodigués en temps opportun et de qualité, avec de la chaleur humaine pour tous les individus, quelle que soit leur origine ethnique, oui, et encore plus pour ceux qui sont d'une race différente de la nôtre, oui, en respectant les coutumes, les habitudes et tout notre héritage ancestral. N'oublions pas que notre pays est multiculturel, multiethnique, que nous avons une multitude de cultures, une multitude d'ethnies et que, par conséquent, il est essentiel de porter une attention particulière au respect de la culture de chacun.

00:22:33 *Chercheur*

Je voulais donc aussi savoir s'il existe des mesures spécifiques en place à l'hôpital où vous travaillez concernant tout cela, mais j'en ai déjà entendu parler, je crois qu'il y a la norme ESAMyN, qui est la...

00:22:46 *Irene*

Norme ESAMyN, un établissement accueillant pour les mères et les enfants. Nous sommes accrédités par ESAMyN en tant qu'hôpital. D'autres hôpitaux en sont également équipés, principalement ceux qui dépendent du ministère de la Santé publique. Certains hôpitaux de l'IESS, qui relève de la sécurité sociale et qui est aussi un organisme de santé public, sont en train de le mettre en œuvre et certains l'ont déjà, ce qui est très utile. ESAMyN est d'une grande aide. Oui, ESAMyN ne nous empêche pas de faire les choses, comme le pensent nombre de nos collègues ; au contraire, cela nous permet de mieux respecter la décision du patient. Beaucoup de nos collègues estiment que ESAMyN nous oblige à revenir aux méthodes d'avant et que nous avons régressé de plusieurs millions d'années en matière de progrès scientifique. Pour ma part, je crois qu'il ne nous fait pas régresser, mais au contraire, qu'il nous rend plus humains. Et évidemment, ESAMyN ne va pas vous empêcher d'agir, car si vous constatez que quelque chose ne va pas chez le patient et que la situation risque de se compliquer, nous écartons ESAMyN et faisons tout ce qui est nécessaire pour le bien du patient. Voilà ce qu'il faut faire, et c'est ainsi que je crois que nous devrions travailler. En fait, je pense que c'est plutôt utile. Au début, ça nous a tous frappés d'un coup, comme c'était nouveau, comme un choc énorme pour tout le monde parce que nous n'avons

pas l'habitude d'accompagner des accouchements debout, accroupis, en position libre, mais ce sont des choses que nous apprenons. Il arrive que les accouchements en position libre se compliquent, c'est vrai, mais l'important est aussi de rester attentif et vigilant face à toute complication et de pouvoir la résoudre. Quoi d'autre ? [Pause]

00:24:24 *Chercheur*

En gros, oui, et donc pour revenir au beau mot d'interculturalité. Pensez-vous qu'il existe des obstacles ou des éléments qui rendent difficile la mise en œuvre concrète de ce concept d'interculturalité au niveau national, mais aussi au niveau local ?

00:24:51 *Irene*

Les obstacles résident dans le fait que, bien sûr, par exemple, dans chaque hôpital, la création d'espaces... Qu'ils disposent de salles d'accouchement avec positionnement libre ou une approche humanisée. L'argent est nécessaire, le facteur économique est donc probablement inévitable ; un facteur économique va constituer un obstacle. De nombreuses procédures administratives nécessiteront une forme d'approbation. J'en tiendrais compte aussi, et comme je l'ai toujours dit, tout changement génère un choc, tout changement génère une résistance, et oui, mais réfléchissez bien : ce n'est pas toujours le cas. ESAMyN a d'abord été considérée comme une chose à ne pas faire, mais aujourd'hui, nous constatons que la plupart des hôpitaux le font. Oui, même si ce n'est peut-être pas toujours possible à 100 % car il y a des patients pour lesquels cela est impossible, car ce sont des patients très complexes, avec un risque de mortalité très élevé. Mais nous essayons toujours d'être un peu plus humains, par exemple en fournissant plus d'informations aux proches, afin qu'ils soient plus à l'aise et qu'ils sachent comment va leur patient. Mais oui, il existe de nombreux obstacles qui peuvent nous empêcher de le faire. Mais oui, nous devrions, je ne sais pas, comme je le dis toujours, accorder beaucoup plus d'attention à la santé et à l'éducation, qui sont les piliers fondamentaux de tout pays.

00:26:09 *Chercheur*

Oui bien sûr. Et pour ce faire, la dernière chose que vous disiez... À part informer les patients et leurs familles... Pour ce faire, estimez-vous que ce serait possible de le faire, peut-être, avec l'aide d'acteurs comme les sage-femmes qui sont déjà en contact avec le ministère de la Santé. Pensez-vous que tout cela pourrait contribuer à y parvenir ?

00:26:37 *Irene*

Oui bien sûr. Oui, cela pourrait être utile. C'est même quelque chose qui devrait être recommandé. Par exemple, la présence d'une sage-femme dans chaque hôpital serait formidable. Tant qu'il y a communication directe, bien sûr, nous respectons tout ce qui relève de l'accouchement naturel, car c'est ainsi que cela devrait être, mais lorsque nous devons interrompre un accouchement naturel, humanisé et culturellement approprié, nous le faisons dans l'intérêt de la patiente. « Qu'est-ce qui pourrait l'aider ? » Oui, absolument, tout à fait.

00:27:09 *Chercheur*

Et croyez-vous... c'est davantage votre opinion personnelle, je suppose... Croyez-vous que les populations autochtones seraient disposées à comprendre tout cela et à apprendre toute cette forme de médecine.

00:27:27 *Irene*

Oui, bien sûr, car je crois que les êtres humains sont toujours ouverts à tout, à l'apprentissage, et que lorsque nous expliquons correctement le pourquoi, le bénéfice ou les obstacles que chaque action peut engendrer, les êtres humains comprennent, puis il s'adaptent. Autrement dit, je pense qu'en matière d'éducation, il n'y aurait pas de problème majeur, pourvu que nous procédions correctement.

00:27:53 *Chercheur*

Oui, c'est exact. Et alors, si vous le pouviez, comment concevriez-vous un modèle parfait du point de vue de la santé interculturelle et de la collaboration entre le personnel biomédical, les acteurs traditionnels tels que les sage-femmes et les soins aux femmes autochtones ? Un modèle parfait, mais centré uniquement sur cela, à quoi cela ressemblerait-il ?

00:28:16 *Irene*

Alors, oui, il n'y aura jamais de modèle parfait, mais, par exemple, que ferions-nous ? Je ne sais pas, je pense que le travail des sage-femmes est très important. Par exemple, une des possibilités serait d'avoir davantage d'interactions avec elles. Il y a des choses qui se sont passées sous le gouvernement, sous le précédent gouvernement de la Révolution citoyenne, qui sont très controversées. Mais il y avait des choses qui me semblaient très importantes : que ce soit l'un des premiers, voire le seul gouvernement, à avoir beaucoup inclus les populations autochtones, oui, et à s'être vraiment soucié d'elles, que même aujourd'hui, il est de pratique courante que chaque panneau de signalisation dans les hôpitaux ou les établissements de santé publics soit adapté à leurs besoins. Les panneaux ne sont pas seulement en espagnol castillan, mais aussi en kichwa. Oui, ce sont des choses inclusives que je trouve parfaites, enfin, c'est très bien.

00:29:15 *Irene*

Comment pourrions-nous inclure les sage-femmes ? De toute évidence, le travail de la communauté est essentiel : nous devons savoir que les sage-femmes sont là pour nous aider, mais elles apprécient vraiment d'être au sein de la communauté. Je ne sais pas ce qu'elles ressentent à l'idée d'être confinées dans une institution, mais il s'agirait plutôt du travail qui aurait dû être accompli depuis longtemps, n'est-ce pas, de les inclure à la communauté, de tenir un registre du nombre de sage-femmes dans chaque région, à la fois en zone urbaine et rurale ; là où ils se trouvent, « comment puis-je leur parler », me rapprocher d'eux, les former et aussi apprendre d'eux... Autrement dit, ce serait comme avoir quelque chose en commun.

00:29:55 *Chercheur*

Oui, oui, eh bien, nous en arrivons à ma dernière question, qui serait de savoir si, quant à tout ce sujet, tout ce dont nous avons discuté, s'il y a quelque chose, d'après votre expérience, que je n'ai pas abordé, mais qui semble important à vos yeux, ou bien, que vous estimez qu'il est important de mentionner dans tout cela.

00:30:15 *Irene*

En ce qui concerne mon expérience... Pardon, concernant quoi ? Je n'ai pas compris le dernier point.

00:30:18 *Chercheur*

Concernant l'ensemble du sujet que nous avons abordé, à savoir ce qu'est la santé interculturelle, les soins aux femmes autochtones, votre formation dans ce domaine, en fait, quoi que ce soit...

00:30:31 *Irene*

J'ai toujours été quelqu'un qui aime vraiment défendre les causes liées aux injustices, n'est-ce pas ? J'aime particulièrement me concentrer sur les personnes les plus vulnérables, moi, personnellement, et les peuples autochtones en font partie. Autrement dit, aujourd'hui bien sûr, ils participent davantage à tous les aspects politiques, culturels et sociaux, mais pendant longtemps, ils ont été des personnes qui n'ont jamais eu de participation active et qui n'avaient pratiquement même pas de droits. Quoi qu'il en soit, je crois que tout le monde mérite le même traitement, indépendamment de sa race ou de son origine ethnique, des soins excellents et, en tant que médecins, nous ne pouvons pas faire de distinction entre « ceux que je traite mieux et ceux que je traite moins bien ». Les soins devraient être de même qualité pour tous, oui, pour tous, quelles que soient mes convictions politiques, culturelles ou sociales. Ça devrait être pareil, bien sûr, car nous aussi, médecins, subissons des mauvais traitements ou parfois des propos qui ne sont pas très justes. Oui, nous les avons bien reçues, bien sûr, tu imagines... Mais j'ai toujours considéré que le respect allait dans les deux sens. Je crois donc que oui, chacun devrait être traité avec la même qualité, avec le même respect, comme je le dis toujours, comme on aimerait être traité dans un établissement de soins de santé, comme on traiterait sa mère, sa sœur, ses proches. Voilà comment on devrait prodiguer des soins de santé, car c'est pour cela que nous sommes médecins, n'est-ce pas, pour offrir un traitement digne, un traitement humanisé, un traitement de qualité.

00:32:03 *Irene*

Compte tenu du fait que nous sommes tous des êtres humains, non.

00:32:05 *Irene*

Je crois que c'est la solution la plus appropriée, et tant que nous pouvons faire mieux pour les patients, et peut-être aussi respecter leurs cultures, coutumes, croyances et décisions, c'est plus que parfait.

00:32:21 *Chercheur*

Je suis entièrement d'accord, super. Eh bien, merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, et maintenant je vais terminer l'enregistrement.

Annexe 11 : Entretien avec Julia

00:00:04 *Chercheur*

Alors, afin d'éviter tout retard, je propose que nous commençons directement, si cela vous convient. Et, pour commencer, je voulais savoir si vous pouviez me parler un peu de votre parcours professionnel et me décrire une journée type de travail.

00:00:25 *Jullia*

Je n'ai pas entendu, pourriez-vous répéter ?

00:00:28 *Chercheur*

Oui bien sûr. Je voulais savoir si vous pouviez décrire brièvement votre parcours professionnel et votre expérience, ainsi que décrire une journée type à votre travail.

00:01:03 *Jullia*

Tu m'entends mieux ici ? Je pense qu'il y a moins de bruit.

00:01:06 *Chercheur*

Oui, je vous entends parfaitement.

00:01:09 *Jullia*

Je suis gynécologue, enfin, spécialiste en gynécologie-obstétrique, j'ai un master universitaire et j'ai suivi une formation sur l'accouchement en position libre.

00:01:28 *Chercheur*

D'accord, et avec quel type de patients travaillez-vous ?

00:01:36 *Jullia*

Chez les patientes en obstétrique, pendant les grossesses et au moment de l'accouchement.

00:01:42 *Chercheur*

D'accord, oui. Avez-vous déjà traité des patients autochtones dans le cadre de votre travail ?

00:02:02 *Jullia*

Ce serait en réalité moins de 1 %. Oui, nous avons des patients autochtones qui sont traités d'une manière ou d'une autre, mais cela représente un faible pourcentage.

00:02:17 *Chercheur*

Existe-t-il des particularités à prendre en compte lors de la prise en charge de ces femmes autochtones par rapport aux autres ?

00:02:27 *Jullia*

Ouais. Il y a des particularités, par exemple, c'est en quelque sorte une question de croyance, n'est-ce pas ? Et souvent, la langue est différente aussi. Oui, ça change. Notre communication doit se faire dans

le langage le plus simple possible, car si nous utilisons des termes trop techniques, le patient ne nous comprendra pas. Ainsi, si la langue est différente, une attention particulière doit être portée à la langue elle-même ainsi qu'aux préférences du patient. Normalement, nous offrons à la patiente un soutien, nous lui offrons une liberté de mouvement pendant l'accouchement, mais dans le cas de la patiente autochtone, eh bien elle souhaite généralement être accompagnée de plusieurs personnes, c'est-à-dire non pas d'une seule, mais de deux ou trois. Et elle vient généralement accompagnée d'une personne de confiance, qui est sa sage-femme, ou une sorte de doula, plus ou moins ; elle souhaite donc généralement être entourée de plusieurs personnes. Donc c'est là que surgit un conflit avec le professionnel qui n'est pas formé pour prendre en charge les patients autochtones.

00:03:59 *Chercheur*

D'accord, et j'aurais aussi voulu vous demander autre chose à ce sujet : avez-vous déjà collaboré ou interagi avec des sage-femmes, justement, ou d'autres professionnels de la santé traditionnels, par exemple, et si oui, comment cela s'est-il passé ? En pratique.

00:04:18 *Jullia*

En effet, le ministère de la Santé dispose d'un réseau de sage-femmes agréées et des réunions trimestrielles sont organisées avec les sage-femmes de la région ou du secteur. L'hôpital où je me trouve, n'a pas de sage-femmes qui viennent à l'hôpital depuis sa zone d'influence, non. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de sage-femmes dans cette zone. Cependant, il y a des sage-femmes dans les environs. C'est donc avec ces sage-femmes des environs qu'ils organisent des réunions trimestrielles pour le partage des connaissances, comme on dit. Le rôle de la sage-femme consiste donc à rencontrer le professionnel pour discuter et partager son expérience, son point de vue, concernant la prise en charge de la patiente enceinte qui va accoucher.

00:05:18 *Chercheur*

Et bien, oui, on m'a déjà parlé de certaines particularités, et y a-t-il d'autres difficultés spécifiques lorsqu'on s'occupe de femmes autochtones enceintes, au-delà des particularités dont nous avons discuté ?

00:05:41 *Jullia*

Il n'y en a pas beaucoup.

00:05:43 *Chercheur*

Non ? C'est tout à fait possible.

00:05:50 *Speaker 2*

Mais existe-t-il certains rituels que les patientes indigènes demandent régulièrement. Il existe certains rituels que les patientes demandent souvent avant d'accoucher, n'est-ce pas ? Ce qui implique souvent l'utilisation d'huiles, d'arômes ou de danses qui peuvent avoir lieu, n'est-ce pas ? Danses... Autrement dit, comme une danse avant l'accouchement. C'est donc un obstacle important pour les professionnels, n'est-ce pas ? Parce qu'il s'agit principalement d'un hôpital de niveau secondaire, où le nombre de patients est important. Alors, bien sûr, il faut permettre à la patiente de faire... Enfin, elle n'est pas la seule, n'est-ce pas ? Si c'était la seule patiente du service, il n'y aurait pas de problème, mais il y en a 2, 3, 5 ou même 10 en même temps. Et bien sûr, cela a un coût. Oui, et ça constitue un obstacle pour le professionnel car il n'y est pas habitué, car il ne le maîtrise pas vraiment, quel que soit le rituel que la patiente demande ou pratique avant l'accouchement. Par exemple, l'offrande du placenta est une pratique

très commune, alors, le placenta est proposé au patient et à un membre de sa famille, qui le reçoivent et qui, en fait, fait l'objet de nombreux rituels au sein de la communauté autochtone. Alors ils emportent le placenta, nous ne le gardons pas.

00:07:35 *Chercheur*

Vous dites que les professionnels de la santé ne sont pas formés aux pratiques autochtones. Donc, durant votre formation, vous n'avez reçu aucune formation à ce sujet, sur la santé interculturelle, les pratiques autochtones indiennes, les langues autochtones ?

00:07:59 *Jullia*

Non, pas du tout. Quand j'étais étudiant en premier cycle, c'est-à-dire du point de vue de la médecine, pas quand on commençait tout juste à étudier pour devenir médecin, on en voyait très peu, non ? Ce sujet n'est pas vraiment abordé en profondeur, et encore moins lorsqu'on se spécialise dans ce domaine, car pour devenir gynécologue, l'accouchement assisté par une personne ayant une culture particulière n'est jamais évoqué. Je veux dire, ce sujet n'est pas abordé ou ne figure pas au programme. Peut-être que ça s'est un peu amélioré au cours des 10 dernières années. Bien sûr, j'ai suivi une formation, je parle de l'année 2015, il y a 10 ans, n'est-ce pas, et dans ma formation, je n'avais pas... Je sais que désormais, nous parlons des nouveaux programmes de troisième cycle, 10 ans plus tard, en 2025, et les écoles qui forment des gynécologues incluent dans leur programme la prise en charge de l'accouchement en position libre, en tenant compte des spécificités culturelles. Mais bon, pour voir les résultats, il faudra attendre encore un peu, jusqu'à ce que les professionnels qualifiés émergent d'une manière ou d'une autre. Cependant, durant cette période, je me suis formée par moi-même, il s'agissait donc bien d'un auto-apprentissage.

00:09:22 *Jullia*

L'expérience acquise dans la prise en charge des patients et la volonté de se conformer à la réglementation ESAMyN ont fait naître le besoin de suivre des cours et des formations afin de mieux pouvoir administrer les soins aux patients autochtones, en particulier ceux qui sont sur le point d'accoucher ou qui sont proches de l'accouchement.

00:09:50 *Chercheur*

Et un peu plus tôt, vous parliez de réunions trimestrielles avec les sage-femmes pour partager les connaissances, et je voulais savoir quel type de connaissances ou peut-être de compétences en matière de santé sont abordées lors de ces réunions.

00:10:09 *Jullia*

Lors de ces réunions, les sujets abordés sont... En fait, il n'existe pas de publications scientifiques à leur sujet, mais les réunions trimestrielles organisées par le ministère de la Santé ont pour but de nous faire connaître la préparation de la sage-femme avant un accouchement. C'est donc là, par exemple, que nous avons appris, ou qu'on nous a appris, comment effectuer le massage sur le dos du patient, ou plutôt, sur sa hanche. N'est-ce pas ? Et bien sûr, on le met en lien avec la part scientifique dans une certaine mesure, qui dit beaucoup sur le moment où le massage est effectué : les corpuscules de Pacini présents dans la peau sont activés et agissent directement sur l'hypothalamus, ce qui provoque une libération d'ocytocine. Nous avons donc appris quelques petites choses grâce à cela, c'est-ce pas ? Ce que fait la sage-femme, c'est nous apprendre la technique, et on la relationne à l'aspect scientifique. « De quoi dispose la sage-femme, ou quelle explication scientifique donnons-nous aux connaissances qu'elle possède ? »

00:11:22 *Chercheur*

Oui, je comprends. Et, lors de ces réunions, vous enseignez aussi quelque chose aux sage-femmes, ou est-ce seulement les sage-femmes qui vous enseignent quelque chose ?

00:11:37 *Jullia*

Des complications, bien sûr. Donc, en théorie, la sage-femme sait ce qu'est une grossesse à faible risque, pas nécessairement ce qu'est un accouchement à faible risque, mais elle peut observer les signes avant-coureurs à prendre en compte pour déterminer si l'accouchement risque de devenir un accouchement à haut risque. Il est donc important de faire connaître à la sage-femme les limites de ses soins. Ainsi, en cas de saignements abondants et de fièvre, il est évident que la sage-femme ne peut plus prendre en charge la patiente et qu'elle doit être orientée vers un centre de soins de santé de niveau supérieur.

00:12:24 *Chercheur*

D'accord, oui. Et pensez qu'il y a d'autres choses qu'ils pourraient apprendre de vous, et que vous pourriez apprendre d'elles ? Des *parteras* ?

00:12:44 *Jullia*

Je supposerais que si. Il y a un point que j'ai beaucoup de mal à comprendre, c'est par exemple qu'elles, par quelques mouvements avec un drap, peuvent faire changer le bébé de position. Autrement dit, si le bébé était assis, ils parviennent à le faire se retourner. Je fais donc référence à des mouvements dits non-compliqués, non-invasifs, sans décollement placentaire et sans accidents au niveau du cordon ombilical. Avec beaucoup de patience, elles parviennent à contrôler les mouvements de la position fœtale. Dans mon cas, pour moi c'est très difficile, pour être honnête, je ne pourrais pas le faire, en fait je ne le pratique pas. Je suis très méfiante, cela m'effraie beaucoup, mais cette capacité est vraiment le fruit d'un savoir ancestral.

00:13:46 *Chercheur*

D'accord, oui. Je voulais aussi vous demander si vous aviez déjà observé ou participé à des pratiques traditionnelles comme celle que vous mentionnez, peut-être liées à la grossesse et à l'accouchement ?

00:14:01 *Jullia*

Oui, j'ai pu le voir. Oui, j'ai pu les voir, et je pense que cela nous a permis de reproduire certaines pratiques qui font partie du savoir ancestral. Par exemple, comme je le disais, le massage, car ils insistent bien sur le fait que le patient doit être hydraté et boire de l'eau. Et je pense que cela va de pair avec les soins prodigués aux femmes qui accouchent, en particulier aux femmes autochtones, et même à celles qui ne le sont pas. Je constate qu'il n'y a pas beaucoup de différence entre la personne autochtone, appelons-la ainsi, avec sa propre tradition et sa propre culture, et le patient qui n'est pas autochtone. Non. Dans les deux cas, le patient a besoin de beaucoup d'empathie, de beaucoup de patience et de beaucoup de confiance. Dans les deux cas, la patiente a besoin du massage, qui est bénéfique pour les deux ; dans les deux cas, la patiente a besoin d'être accompagnée d'un membre de sa famille de son choix. En réalité, la même chose qui est faite avec la patiente autochtone peut être faite avec n'importe quelle autre patiente, car l'accompagnement à la naissance est important et elle doivent avoir quelqu'un auprès d'elles. Ou bien, on doit de toute façon faire preuve de beaucoup d'empathie, qu'elle soit autochtone ou non.

00:15:39 *Chercheur*

C'est logique, oui, c'est parfaitement logique. Eh bien, en parlant de pratiques autochtones, prenons plus précisément l'exemple du massage dont vous parliez, ou des danses dont vous m'avez parlé un peu plus tôt, Comment interprétez-vous ou percevez-vous personnellement ces types de pratiques ? Quel est votre avis ?

00:16:20 *Jullia*

Je respecte sincèrement les traditions de chaque culture ; elles sont toutes valables et, même en les considérant d'un point de vue sociologique et de santé mentale, je pense qu'elles sont très positives, pourvu qu'on permette au patient de se sentir à l'aise. C'est-à-dire à l'aise dans un lieu qui lui est pratiquement étranger, car l'hôpital sera toujours un endroit étrange, étranger, pour le patient, et du coup cela provoque la peur et donne un sentiment de danger, car bien sûr, normalement, ou mentalement, nous associons les hôpitaux à la maladie, voire à la mort, n'est-ce pas ? Il s'agit donc de mettre la patiente à l'aise, c'est-à-dire de lui faire sentir qu'elle est chez elle, qu'elle est respectée. Et ce respect implique de permettre à la patiente de pratiquer ses traditions ou pratiques culturelles. Et cela ne concerne pas seulement les patients autochtones ; cela peut aussi arriver à des patients qui pratiquent activement des croyances religieuses. Il y a donc des patients qui, pour ne citer qu'un exemple, ne sont pas autochtones, mais qui sont très fervents dans leur foi. Une fois, un patient nous a demandé de faire une pause, par exemple, pour prier. Alors, à ce moment précis, la prière nous touche nous aussi, car la patiente demande en fait à son Dieu de donner de la sagesse au médecin qui la soigne. Tout cela influence donc l'état émotionnel de la patiente, si on la laisse accomplir le rituel.

00:18:23 *Jullia*

De la danse, danser, mordre... J'ai vu, par exemple, de nombreux patients autochtones qui mordent des objets. De ce que je comprends, c'est genre pour avoir la force nécessaire pour accoucher, par exemple, comme grâce à la prière. Cela a indéniablement un impact très positif sur l'état émotionnel de la patiente, car nous lui permettons d'être elle-même, d'avoir son confort. Le fait qu'elle se sente chez elle et, surtout, qu'elle se sente valorisée et respectée pour ce qu'elle pense et ressent, non ? Car cela peut évidemment être source de ridicule si une patiente se met à danser avant d'accoucher, ou au contraire, comme je le disais, si une patiente se met à prier avant d'accoucher. Ou, autre chose, le patient, peut porter en quelque sorte des objets comme des amulettes, n'est-ce pas ? Certaines femmes apportent leur amulette pour accoucher, croyant qu'elle leur porte chance et les protège. D'autres, plus pratiquantes, apportent un chapelet, une croix ou un objet symbolisant leurs croyances ou leur foi. Ainsi, le fait que la patiente porte cet objet pendant l'accouchement n'interfère pas avec notre activité de médecins et, au contraire, je pense que cela a un impact très positif sur sa santé mentale.

00:19:57 *Jullia*

Ainsi, si elle se sent valorisée, si elle se sent respectée, et surtout si elle peut pratiquer ses activités sans craindre d'être jugée ou critiquée, nous aurons assurément plus d'ocytocine, ce qui permettra à l'accouchement de mieux se dérouler. Et d'un point de vue plus physiologique, hein, car bien souvent la peur inhibe complètement la sécrétion d'ocytocine. Ainsi, lorsque la patiente a peur, les contractions s'arrêtent, la descente de la tête du fœtus ne progresse plus et, bien sûr, le travail devient obstrué, il se prolonge et nous finissons malheureusement par une césarienne. Mais je pense vraiment que l'élément le plus important pendant l'accouchement est le soutien apporté à la patiente, le respect et l'empathie manifestés envers ses croyances ou ses choix culturels. Et cela permet même que l'accouchement soit beaucoup plus facile, beaucoup plus rapide.

00:21:06 *Chercheur*

Oui, en résumé il s'agit du respect, en fait. Existe-t-il également un aspect physiologique qui démontre l'aspect positif du respect de toutes les cultures ?

00:21:21 *Jullia*

Bien sûr.

00:21:23 *Chercheur*

Je voulais aussi savoir si, car d'après ce que je comprends, il existe clairement des différences culturelles... Et je voulais savoir si vous vous souveniez d'une situation où ces différences, ces malentendus ou autres auraient influencé la prise en charge lors de l'accouchement, du post-partum, de la grossesse, *etc.*

00:21:51 *Jullia*

Je pense que le principal obstacle est sans aucun doute la sensibilisation du personnel. C'est la barrière la plus solide. Autrement dit, si le personnel est conscient, enfin, s'il sait que cette condition physiologique, non, exige le respect de la culture de la patiente, des pratiques culturelles qu'elle peut avoir... Si vous êtes bien informé, l'accouchement se déroulera sans aucun problème, mais si le professionnel, au lieu d'être formé, il n'est pas sensibilisé car... Bien sûr, nous pouvons le former... Le personnel peut obtenir une note parfaite à la partie théorique, mais s'il n'est pas sensible à cette question ou s'il estime qu'elle ne doit pas être respectée, le professionnel s'en moque, ça se transforme alors en plaisanterie, en moquerie, et cela peut offenser le patient.

00:22:42 *Chercheur*

Évidemment.

00:22:43 *Jullia*

Ce type de situation est assurément une forme de violence, et c'est un point qui, à mon avis, fait cruellement défaut : la sensibilisation du personnel. Par exemple, nous avons eu une fois un patient dont le nom de famille était difficile à prononcer, et ce nom de famille était vraiment difficile. Alors, à chaque visite, c'est-à-dire à chaque fois que nous voyions la patiente, son nom de famille était mentionné et ce nom de famille donnait lieu à une plaisanterie, une plaisanterie entre professionnels de santé. Naturellement, la patiente a porté plainte contre l'hôpital car elle se sentait offensée et, de toute évidence, maltraitée, car à chaque visite, le professionnel de santé participant à la consultation médicale se moquait d'elle. Cela a donc un impact, c'est crucial et fondamental pour la santé mentale des patients, et nous, professionnels de la santé, avons un rôle important à jouer, notamment en ce qui concerne l'aspect émotionnel du patient.

00:23:53 *Jullia*

Il est certain que 7 femmes sur 10 souffrent de dépression post-partum, qu'elles soient autochtones ou non. Et nous, en tant que professionnels de la santé, partageons une grande responsabilité lors des soins obstétricaux. Si l'accouchement n'a pas été respectueux, si l'autonomie de la patiente n'a pas été pleinement respectée, ou s'il y a eu des violences obstétricales, nous avons une patiente souffrant de dépression post-partum.

00:24:26 *Chercheur*

Et c'est logique. Oui. Et souvenez-vous d'une autre fois où, outre ce que vous avez déjà mentionné, comme avec le nom, il y a vraiment eu quelque chose dans les différences culturelles de pratiques qui a influencé le processus de soins.

00:24:54 *Jullia*

En théorie, non, c'est-à-dire, mis à part ça, non. Oui, oui. Comme je le disais, ça c'est vraiment le plus gros problème.

00:25:03 *Chercheur*

Je vois.

00:25:04 *Jullia*

Il s'agit toujours de sensibiliser. Autrement dit, le fait que le personnel soit sensibilisé, et cela provoque naturellement un malaise chez le professionnel. Mais sinon ça complique les choses, par exemple si on n'accepte pas que la patiente puisse danser, porter son amulette ou recevoir un massage avec la quantité de crème souhaitée, ou avec une huile essentielle parfumée... Cela n'interfère pas vraiment avec nos soins, car ça ne nécessite pas de lavage chirurgical des mains, mais simplement un environnement propre, non, pas complètement aseptisé et antiseptique, mais un endroit vraiment propre, et c'est pourquoi, eh bien, la patiente peut emporter son amulette, son huile, sa crème. Il n'y a absolument aucun problème.

00:25:58 *Chercheur*

Cool. Pour revenir à un autre sujet abordé précédemment concernant les sage-femmes, pensez-vous... Ou, plutôt : quel rôle ces sage-femmes et peut-être d'autres acteurs traditionnels de la santé pourraient jouer au sein du système de santé public ? Existe-t-il un rôle pour elles, elles pourraient peut-être avoir un rôle plus important qu'actuellement ?

00:26:28 *Jullia*

Je pense qu'il existe... bien... Deux approches, ou deux rôles qui pourraient être adoptés, en l'occurrence par la sage-femme ou tout autre acteur de la santé communautaire ou ancestrale, et je pense que c'est le rôle d'accompagnement. Une femme ne peut absolument pas accoucher seule, vous ne pouvez pas accoucher seule, je veux dire, nous sommes des mammifères, tout comme nous recherchons la compagnie, et je crois que le fait que nous recherchions la compagnie est dû au fait que l'accouchement, contrairement aux animaux, comporte ou implique de nombreuses émotions. Non ? Le moment de l'accouchement est donc avant tout rempli de peur. La peur est l'une des émotions qui guident le processus d'accouchement. Je pense donc que le rôle de la sage-femme est précisément un rôle d'accompagnement. Non, il ne s'agit pas de supprimer cette peur, mais de la diminuer, de l'annuler ou de l'atténuer. Comment la sage-femme y remédie-t-elle ? Elle la soulage par des massages, cherchant à soulager la patiente, pas vrai, elle l'emmène prendre une douche. Et que fait-elle ? Soulager la douleur de la patiente. Ensuite, avec cette peur, ça active l'ensemble de votre système nerveux sympathique et de votre système cérébral.

00:27:48 *Jullia*

L'objectif pour les patientes enceintes souffrant de douleurs de travail est de réduire leur douleur. Par conséquent, le recours à des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, telles que celles utilisées par la sage-femme, les douches et les massages, diminue nettement le taux d'adrénaline et permet à l'ocytocine nécessaire à l'accouchement d'être fonctionnelle et disponible, ce qui se traduit

par un accouchement vaginal plus réussi, sans complications. Il s'agit alors d'un rôle d'accompagnement, de personne qui réduit la douleur, c'est-à-dire d'apporter une réponse à une souffrance qui a une physiologie, celle de la douleur. C'est donc l'un des rôles principaux, et en théorie c'est ce que nous essayons de faire dans les institutions publiques : être un compagnon pour le patient. Mais je crois que c'est là une des approches, ou un des rôles que la sage-femme pourrait jouer dans les soins ou au sein de la structure des soins de santé.

00:28:54 *Jullia*

Un autre rôle important consiste à partager leurs connaissances. Donc, si un jour toutes les sage-femmes du monde disparaissent, nous perdrons assurément ce savoir ancestral qui est extrêmement précieux. Mais elles doivent absolument toujours démontrer, par des preuves physiologiques ou scientifiques, les pratiques qu'elles mettent en œuvre. Il y a toujours une explication scientifique, c'est certain. Ou alors, nous devons rechercher une corrélation en physiologie, et leurs pratiques sont sans aucun doute approuvées ou certifiées. Car si l'on dispose de preuves dans le comportement physiologique du patient, et surtout d'une explication physiologique, cela donnera une base scientifique à leur savoir. Je crois donc que les sage-femmes ne peuvent pas disparaître parce que nous perdons ce savoir. Et le point positif est que ce savoir se transmet de génération en génération. Donc, il y a des sage-femmes dont la grand-mère était sage-femme, dont la mère était sage-femme, et maintenant elles sont sage-femmes, n'est-ce pas ? Je pense donc que c'est quelque chose d'important, les connaissances traditionnelles et ancestrales, qu'on ne doit pas perdre. Et d'autres activités de ce genre peuvent certainement être découvertes. Ces activités ont toujours été réalisées par la sage-femme, et c'est le domaine médical qui les a technicisées et éliminées. Et en éliminant ce facteur, nous avons constaté que l'accouchement est véritablement très difficile, très douloureux. Pourquoi ? Parce que nous avons supprimé cet accompagnement. Alors, que devrions-nous réellement faire maintenant ? Il faudrait revenir à ce que notre culture indigène faisait avec la sagesse ancestrale, car si nous allons dans un musée indigène ici, dans notre pays, des cultures précolombiennes, par exemple, la culture Valdivia, la culture Cañari, qui sont nos cultures indigènes ancestrales, elles n'ont jamais accouché allongées ou sur une civière, mais debout, assises, et toujours accompagnées d'une sage-femme. Je ne sais donc pas si notre mémoire ancestrale, qui est certainement inscrite dans nos gènes... Enfin, c'est exactement ce qu'on recherche. Je ne sais pas si c'est consciemment ou inconsciemment, mais c'est certain.

00:31:26 *Chercheur*

D'accord, oui. [Pause, problème de connexion] Il semble maintenant que la connexion soit établie. Pouvez-vous m'entendre ?

00:31:40 *Jullia*

Elle est partie. Là.

00:31:44 *Chercheur*

Maintenant, vous m'entendez ?

00:31:47 *Jullia*

Oui, oui, très clairement.

00:31:48 *Chercheur*

Parfait. Très bien, nous arrivons à mes dernières questions et je vois qu'il ne nous reste plus beaucoup de temps sur Zoom, seulement 6 minutes, donc c'est parfait. Une de mes dernières questions serait en deux parties et serait en même temps un peu plus théorique. En gros, je voulais savoir, ce concept de santé interculturelle, ce qu'il signifie pour vous et ce qu'il signifie en pratique, comment il se manifeste concrètement ?

00:32:25 *Jullia*

Le concept de santé normal dit que son objectif est d'atteindre un bien-être physique, émotionnel, psychologique et anatomique complet. Cela concerne donc pratiquement tous les domaines ou sphères imaginables. Quand on parle d'interculturalité, il s'agit d'appliquer les mêmes principes, mais dans le cadre du respect des pratiques culturelles propres à la culture autochtone, ou du respect de toutes les cultures possibles, je pense que l'anamnèse est ici essentielle. C'est-à-dire qu'il faut vraiment interroger le patient pour connaître sa culture et les pratiques qui y sont associées. On a absolument besoin de préparation. Ainsi, le respect de la culture, et en particulier le respect des pratiques de ces cultures, contribuera assurément à créer un environnement émotionnel sain pour le patient. Ainsi, lorsque nous comprenons ce concept, selon lequel la santé est un bien-être émotionnel complet, nous apprenons également à respecter cette dimension émotionnelle des patients, fortement liée à leur culture et à leurs traditions. En effet, notre travail interculturel dans le pays implique que, en tant que professionnels de la santé, nous veillions tout particulièrement au respect des pratiques traditionnelles de nos patients lorsqu'ils reçoivent des soins.

00:34:15 *Chercheur*

D'accord, oui, je comprends, et il y a des choses, enfin oui, vous m'en avez déjà parlé... Le manque de sensibilisation des professionnel... Mais vous pouvez penser à d'autres choses, vous savez, qui rendent difficile la mise en œuvre de ce concept de santé interculturelle dans la pratique ?

00:34:42 *Jullia*

Oui, oui, absolument, outre le manque de sensibilisation, c'est le manque de connaissances qui pose problème. Je ne sais pas ce que fait la culture Cañari, qui me vient à l'esprit, donc bien sûr, il me sera très difficile de savoir quoi proposer au patient ou comment répondre, même partiellement, à ses attentes. Je suis absolument convaincue que les deux principaux obstacles sont le manque de connaissances et le manque de sensibilisation du personnel, ce qui entrave la pratique des soins interculturels, notamment lors de l'accouchement.

00:35:21 *Chercheur*

En fait, ils se complètent tous les deux. Et pensez-vous que la plupart de vos collègues, la plupart du personnel médical, seraient disposés à apprendre, à prendre davantage conscience de ces problèmes ?

00:35:42 *Jullia*

Eh bien, nous devons également comprendre une chose concernant l'employé du ministère de la Santé, l'employé du secteur public des soins. Dans le secteur de la santé, comme les employés du secteur public sont généralement démotivés, ils le sont par leur salaire, par le régime disciplinaire, ils sont généralement démotivés, non, donc, bien sûr, parce qu'ils ne bénéficient pas des avantages sociaux, eh bien, je ne sais pas, « j'aimerais plus de jours de vacances », « des conditions différentes »... Enfin, d'une manière ou d'une autre, le professionnel de santé est lui aussi maltraité, ses conditions de travail ne sont pas confortables. Cela bloque donc réellement le personnel, et beaucoup de ceux qui travaillent dans le secteur public ne travaillent pas avec cette passion ni cette vision de servir véritablement les autres.

Autrement dit, ils vont travailler parce qu'ils n'ont pas d'autre choix. Parce que la situation économique du pays est difficile et qu'il n'y a plus d'emplois, c'est comme s'ils étaient obligés de venir travailler sans la motivation de sauver le monde, de rendre un patient heureux, ou de se donner à fond. Autrement dit, nous devons prendre en compte le fait que nous avons un personnel réellement démotivé. C'est donc là le défi d'un responsable de service, n'est-ce pas ? Ou quelque chose comme ça.

00:37:15 *Jullia*

Le coordinateur de secteur, eh bien, il a besoin d'un personnel motivé, car un personnel motivé est forcément plus attentif, se forme non pas de manière obligatoire, non, mais plutôt spontanément et assimile les connaissances avec une meilleure prédisposition. Et si cela nous est arrivé. Nous, nous proposons des formations. Et bien sûr, c'est obligatoire. Nous leur avons retiré leurs vacances pour dispenser des formations, et bien sûr, ils nous détestent de tout leur cœur. Donc oui, cela dépend vraiment beaucoup de la capacité à travailler avec une équipe motivée. Si le personnel est motivé et que nous réussissons, c'est-à-dire si nous atteignons tous nos objectifs. Nous serons invincibles si l'équipe est motivée, bien sûr. Je crois que la principale motivation devrait toujours venir de la direction, c'est-à-dire du ministère de la Santé. Par exemple, en ce moment j'ai des équipes motivées... mais nos hôpitaux manquent de fournitures, de médicaments. Alors, comment un personnel motivé peut-il travailler s'il n'en a pas les ressources nécessaires ?

00:38:27 *Chercheur*

Je vais maintenant appeler tout le monde car l'appel va se terminer, il dure 40 minutes, donc...

Annexe 12 : Entretien avec Kristina

00:00:02 *Chercheur*

Espérons que ça va fonctionner. Pour commencer, la première chose que je voulais savoir, c'était si vous pouviez me parler un peu de votre parcours professionnel, c'est-à-dire comment vous décrieriez une journée type à votre travail.

00:00:19 *Kristina*

Une journée type à mon travail.

00:00:23 *Chercheur*

Oui, genre typique.

00:00:25 *Kristina*

Mon parcours : Je suis gynécologue-obstétricienne et diplômée d'une grande université Équatorienne. Je possède une surspécialité en pathologie du tractus génital inférieur et en colposcopie, obtenue à l'étranger. Je me concentre davantage sur le cancer du col de l'utérus : prévention, dépistage, traitement, tout. Mais je travaille dans un hôpital public en Équateur, un hôpital de deuxième niveau, ici à Quito, où je travaille principalement dans le domaine des soins gynécologiques et obstétricaux, mais je m'intéresse également aux pathologies du bas appareil génital. Donc, votre question est : à quoi ressemble une journée de travail typique ? Cela dépend des jours, car certains jours je fais des consultations, d'autres j'opère, et d'autres encore je fais des visites à domicile. J'ai donc plusieurs activités.

00:01:20 *Chercheur*

OK, bien sûr, peut-être alors, en résumé, si vous deviez choisir les trois activités les plus importantes, quelles seraient-elles ?

00:01:34 *Kristina*

Eh bien, les trois interventions les plus importantes que je pratique sont les soins ambulatoires. J'ai trois jours de consultation externe, dont deux sont consacrés à tout ce qui concerne la pathologie cervicale et le premier à la consultation de gynécologie-obstétrique, où je prends en charge des patientes en obstétrique et gynécologie. Un jour, je me consacre aux interventions chirurgicales, qu'elles soient gastro-intestinales ou liées à la pathologie du bas appareil génital ou gynécologique, et le lendemain, je me consacre aux soins des patientes hospitalisées, en gynécologie et en obstétrique.

00:02:11 *Chercheur*

D'accord, oui, je comprends. Avec quel type de patients travaillez-vous habituellement ? Si vous deviez les décrire, s'il existe genre un profil type, comme...

00:02:22 *Kristina*

Je ne comprends pas votre question concernant le type de patients : des patients en fonction de leur statut socio-économique, des patients en fonction de leur origine culturelle, ou des patients atteints de pathologies spécifiques, telles que des affections gynécologiques ou obstétricales ?

00:02:37 *Chercheur*

D'un point de vue plutôt socio-économique, mais peut-être aussi culturel, ethnique, je ne sais pas s'il y a quelque chose.

00:02:46 *Kristina*

Puisqu'il s'agit d'un hôpital public de deuxième niveau, je vois principalement des patients du sud de Quito ; 90 % d'entre eux viennent du sud de Quito. Bien sûr, nous avons des références des provinces, nous avons aussi des références des autres unités sanitaires, mais notre population la plus importante se trouve au sud de Quito. Sur le plan socioculturel, tous n'ont cependant pas accès à l'éducation. Il existe des extrêmes : des femmes qui n'ont reçu aucune instruction et d'autres qui ont même fait des études supérieures, qui savent lire et écrire, comme je le disais, j'ai ces extrêmes de la vie. De même, si l'on prend le cas des femmes ou, par exemple, du logement, certaines ont leur propre maison, d'autres non. Je travaille de la même manière avec des femmes qui ont un emploi, des femmes qui n'ont pas d'emploi, qui dépendent de leur famille ou de leur mari, et des adolescentes aussi, par exemple.

00:03:54 *Chercheur*

Et vous prenez donc également en charge des patients autochtones d'origine autochtone ?

00:04:04 *Kristina*

Oui, les femmes autochtones aussi. Ce n'est pas la population la plus importante, car nous servons davantage de personnes métisses, mais nous avons aussi des patients autochtones.

00:04:15 *Chercheur*

Et si vous deviez nous donner un pourcentage approximatif du nombre de personnes autochtones que vous servez ?

00:04:24 *Kristina*

Je pourrais probablement vous dire entre 2 et 5 % de la population que je traite, ce qui n'est pas beaucoup. Oui, la population autochtone à proprement parler est très peu nombreuse ; les métisses sont plus nombreuses.

00:04:36 *Chercheur*

C'est clair. D'après votre expérience, y a-t-il des particularités à prendre en compte lorsqu'on traite avec des femmes autochtones, ou est-ce la même chose qu'avec les autres ?

00:04:47 *Kristina*

Cela dépend, cela dépend, car cela dépend avant tout du niveau d'instruction de la femme. Parce qu'il y a des femmes autochtones qui sont scolarisées et des femmes autochtones qui ne le sont pas. Il sera donc forcément plus facile de communiquer avec ceux qui ont fait des études qu'avec ceux qui n'en ont absolument pas.

00:05:08 *Chercheur*

Bien sûr, et dans les cas où il existe des circonstances particulières, quelles seraient-elles d'après votre expérience ?

00:05:18 *Kristina*

Je n'ai pas compris votre question.

00:05:20 *Chercheur*

Existe-t-il des différences culturelles observables entre les femmes autochtones et les autres ? Quelles caractéristiques spécifiques ? Ou nécessitent-elles une attention particulière ?

00:05:35 *Kristina*

La communication, la manière de communiquer, car oui, ils ont des coutumes différentes. La difficulté réside donc parfois dans le fait de savoir comment atteindre les patients. Ce n'est pas tant une question de langue, mais bien sûr, ce serait plus facile si nous parlions la même langue. Mais tant pis. Il est difficile de leur expliquer une ordonnance, par exemple, ou les précautions à prendre. Il leur est parfois difficile de comprendre pourquoi il est important, par exemple, de prendre soin d'eux-mêmes ou pourquoi il est important pour les femmes de passer différents examens médicaux. Il est un peu difficile de transmettre l'information de manière à ce que les femmes sans éducation puissent la comprendre. Ou bien elles viennent seules, car c'est un autre problème : ce sont des femmes déjà ménopausées qui viennent seules. Il leur est donc un peu plus difficile de comprendre ce que vous essayez de leur dire et pourquoi elles devraient ou ne devraient pas faire quelque chose.

00:06:45 *Chercheur*

D'accord, je comprends. Et quand cela arrive, comment essayez-vous de leur faire comprendre ?

00:06:55 *Kristina*

Eh bien, première chose que je dirai, et je suis très franc, j'aime bien quand ils viennent accompagnés de membres de leur famille, c'est préférable, mais dans la plupart des cas non, ce n'est pas possible. Alors, j'essaie de leur faire expliquer ce qu'elles ont compris de ce que je leur ai dit. Alors, par exemple, je lui dis : « D'accord, tu devrais prendre, disons, le comprimé le matin et le soir, d'accord ? » Alors, je cherche à ce qu'elles me l'expliquent ou me répètent ce que je leur ai dit. Si elle ne me comprend pas, je suis même allée jusqu'à lui faire des dessins, à lui parler, je ne sais pas, du soleil, de la nuit, quelque chose comme ça, pour qu'elle me comprenne. Maintenant, ce sont des cas très rares, car ce n'est pas la majorité de la population qui vient dans mon hôpital, la population autochtone, mais bon, comme je le disais, elle apparaît bel et bien et c'est précisément là le facteur limitant. Je ne sais pas si... La langue, ou peut-être, comme je le disais, le niveau d'éducation, qui, oui, crée un obstacle à l'accès aux soins de santé.

00:08:02 *Chercheur*

Ouais. Et outre la communication, il existe aussi des éléments culturels qui influencent l'attention qui peut être donnée, dans la pratique ?

00:08:21 *Kristina*

Par exemple, eh bien, je ne sais pas si ce serait culturel, car ce n'est pas vraiment mon sujet ni mon domaine d'expertise, mais en tout cas... Par exemple, notre hôpital applique la réglementation ESAMyN, qui concerne les hôpitaux amis des mères et des bébés. Par exemple, elles peuvent entrer en portant des vêtements féminins, elles peuvent entrer à l'hôpital pour accoucher en portant leurs propres vêtements. Mais la condition essentielle est que les vêtements soient propres, et ce n'est pas toujours le cas, n'est-ce pas ? Je pense donc qu'il pourrait y avoir un conflit, car bien sûr, ils peuvent venir avec leurs vêtements, sans problème, mais ils doivent être propres. Je pense donc que cet aspect est culturel.

00:09:16 *Chercheur*

Ouais. Vous souvenez-vous de cas précis où cela a engendré, je ne sais pas, je ne veux pas utiliser le mot conflits, mais où cela a réellement influencé l'attention de manière importante ?

00:09:38 *Kristina*

Bon, ce n'est pas important. Enfin, cela n'a en aucun cas interrompu le service, mais oui, cela crée un certain conflit, et je pense que le mot juste est bien conflit, car peut-être que de notre côté, du côté occidental, nous le voyons déjà ainsi. Mais bien sûr, une femme arrive, par exemple, avec ses vêtements, et si je lui dis : « Vous ne pouvez pas, vous ne devriez pas entrer avec ces vêtements, parce qu'ils ne sont pas propres, ils sont sales et vous devez les enlever », cela ne lui plaît pas, elle ne veut pas, mais je ne peux pas l'autoriser à entrer avec ses vêtements sales, car elle n'est pas la seule à venir, j'ai d'autres patients qui vont arriver, donc cela ne peut pas interférer avec mes soins. Bien sûr, je ne refuse pas les soins à la patiente, je ne lui refuse pas l'accès au service, mais cela crée un conflit car elle ne peut pas entrer avec des vêtements sales.

00:10:35 *Kristina*

Voilà donc un petit aperçu, et c'est là que les membres de la famille interviennent, car on leur parle, c'est-à-dire qu'on leur dit tout et ils finissent par céder, peut-être pas de la meilleure façon, mais c'est quelque chose qu'il faut faire.

00:10:58 *Chercheur*

Oui, nous avons parlé de vêtements, mais j'ai aussi entendu parler d'autres pratiques culturelles. Les peuples autochtones pratiquent des choses comme l'accouchement vertical, consomment certaines boissons spécifiques, et autres choses de ce genre.

00:11:22 *Kristina*

Permettez-moi de vous expliquer un peu. Conformément à la réglementation ESAMyN, nous autorisons les femmes à boire de l'eau. Pour nous, ce n'est pas un problème ; elles peuvent boire de l'eau pendant l'accouchement. Lorsqu'elles entrent dans la salle d'accouchement, elles peuvent boire de l'eau. Nous n'avons connu aucun conflit où des femmes auraient été privées d'eau ou même de nourriture. Non, ce conflit n'est plus d'actualité. Beaucoup de choses ont changé avec cette stratégie réglementaire, mais bon, si les femmes, avant d'entrer à l'hôpital, boivent une sorte d'eau qui aide à accélérer l'accouchement et tout ça, cela peut effectivement générer des complications après l'accouchement. Mais à l'hôpital, comme je l'ai dit, il n'y a pas ce problème, il n'y a pas cette limitation.

00:12:18 *Kristina*

Par exemple, nous leur proposons également le placenta. Vous savez que certaines populations autochtones enterrent le placenta, voire le consomment. Nous proposons le placenta à la femme. La femme peut l'emporter. Il existe un protocole concernant la manière dont la femme peut l'emporter comporter, qu'elle le souhaite ou non. Mais que dire, dans la quasi-totalité des cas, si je ne me trompe pas, il y a probablement 99 % des patients qui ne le font pas, car la population ne sait pas encore ce qui peut se faire, comment ça peut se faire avec le placenta notamment...

00:12:59 *Chercheur*

C'est comme si les règles existaient, mais que la population n'en était pas toujours consciente.

00:13:06 *Kristina*

C'est exact, car ce que nous avons constaté, et ce que nous avons découvert maintenant, non seulement chez les populations indigènes, mais aussi chez les femmes métisses, qui constituent la majorité de la population de l'Équateur, c'est qu'elles ignorent qu'elles peuvent emporter leur placenta, elles n'ont pas cette information. Alors forcément, dès que vous leur annoncez ça, c'est directement « comment ça je peux le prendre ? » « Que vais-je faire ? » Oui, mais c'est une question culturelle, parce que ce n'est pas quelque chose de très courant, qui ait été largement socialisé dans notre environnement, ou qui soit profondément enraciné dans notre environnement. Peut-être chez les populations autochtones oui, mais ici en ville, en tout cas, ce n'est pas connu et les personnes ont du mal à s'y habituer. Je vous le dis, ils sont surpris. Les femmes sont surprises qu'on leur pose cette question.

00:13:58 *Chercheur*

Alors... Oui. L'ignorance de ces réglementations est également un facteur important.

00:14:08 *Kristina*

Oui, le fait est que peut-être, enfin, nous avons beaucoup travaillé à l'hôpital, mais je pense que nous manquons tous de contacts avec la population en général, c'est-à-dire que les actions menées depuis l'hôpital ou depuis l'ensemble du secteur public ne s'étendent pas à l'ensemble du territoire national. Bien entendu, la réglementation est respectée et, par exemple en ce qui concerne le placenta, s'ils peuvent l'emporter, c'est-à-dire s'ils le souhaitent, ils peuvent le faire. Il nous faut maintenant voir ce qu'ils vont faire du placenta, car après tout, c'est un organe, donc c'est important.

00:14:48 *Chercheur*

Toujours en ce qui concerne les pratiques traditionnelles, je voulais également savoir si vous aviez déjà collaboré ou interagi avec des sages-femmes ou tout autre type de personnes.

00:15:00 *Kristina*

Nous n'avons pas de sages-femmes à l'hôpital, non, nous n'avons pas de sage-femmes. Donc, ce que nous faisons et ce qui est fait actuellement, c'est l'accouchement en position libre, que les femmes puissent accoucher dans la position qu'elles souhaitent. Alors, nous supervisons l'accouchement et au moment de la livraison, nous nous assurons que tout se déroule bien et si nous devons intervenir, nous intervenons. Sinon, le but est d'avoir un accouchement très naturel.

00:15:32 *Chercheur*

C'est logique, c'est parfaitement logique. Et pensez-vous que des acteurs tels que ces personnes pourraient en fait être inclus dans un hôpital de deuxième niveau et aussi, peut-être même, dans un hôpital de troisième niveau ? Car on les inclut déjà au premier niveau, mais...

00:15:50 *Kristina*

Au premier niveau, vous voyez, c'est-à-dire qu'il y a un détail, dans le deuxième et le troisième niveau, arrivent les patients graves, c'est-à-dire les patientes obstétricales à haut risque. Je ne sais donc pas si une sage-femme serait en mesure de prendre en charge un accouchement à haut risque. Nous avons bien des accouchements normaux, même chez les patientes prééclamptiques, par exemple, n'est-ce pas ? Ou des patients présentant une complication, oui... Mais logiquement, ce sont des patientes qui peuvent présenter certains problèmes, certaines complications. Donc, en vérité, je ne sais pas s'ils seraient réellement intégrés. En principe, ce ne serait pas une mauvaise idée, mais comme je l'ai dit, il faudrait

voir jusqu'où la sage-femme pourrait et devrait aller, car il s'agit de patientes obstétricales à haut risque. Donc, cela change car au premier niveau, il y a les naissances, en principe, normales, n'est-ce pas ? Chaque naissance est aussi une bombe à retardement ; on ne sait pas ce qui va se passer. Mais bon, alors oui, si la plupart de ces accouchements sont normaux, c'est parfait. Mais aux deuxième et troisième niveau, le risque obstétrical est élevé. Ce sont des patientes obstétricales à haut risque, il faudrait donc examiner cela. Ouais, il faudrait voir.

00:17:11 *Chercheur*

D'accord. Et, si nous disons qu'elles pourraient être incluses à ce niveau, sachant cela, quel rôle pensez-vous que les *parteras* pourraient jouer, ou pourquoi ne seraient-ils pas en mesure de servir toutes ces femmes ? Parce que, comme vous disiez, elles n'ont peut-être pas la formation nécessaire pour gérer les accouchements compliqués, mais si... Si on essaie de les inclure, quel serait l'intérêt ? Quel en serait le but ? Ou serait-ce mieux ainsi ?

00:17:54 *Kristina*

Non, voyez-vous, je pense, enfin, je suppose que nous parlons de sages-femmes et non d'obstétriciens, n'est-ce pas ? On parle déjà d'une sage-femme. Je ne connais pas grand-chose au métier de sage-femme, mais j'imagine qu'elles doivent aussi veiller sur la femme ou l'aider pendant l'accouchement. Comme je l'ai dit, je ne connais pas le rôle exact de la sage-femme à proprement parler, mais c'est ce que je suppose. Alors, bien sûr, si c'est une patiente issue d'une communauté autochtone qui vient accompagnée de sa sage-femme parce qu'elle se sent plus à l'aise avec elle, parce qu'elle la connaît et qu'elle nous aide pendant l'accouchement, je pense que ce serait formidable, mais ce seraient des cas très particuliers, n'est-ce pas ? Comme je l'ai dit précédemment, il s'agit de femmes présentant des risques obstétricaux élevés, ce qui diffère légèrement du premier niveau. Imaginez qu'elle arrive soudainement accompagnée de sa sage-femme, qui nous aide pendant l'accouchement grâce à la confiance établie, car elle la connaît. Et si c'est une patiente autochtone, avec ses propres coutumes, la sage-femme pourra peut-être mieux la comprendre et la communication sera plus aisée. Parce que c'est précisément ce que représente le blocage de la communication, alors peut-être bien, mais je ne le pense pas dans la plupart des cas.

00:19:27 *Chercheur*

Je comprends, c'est tout à fait compréhensible. Et alors d'un point de vue théorique... Je voulais savoir si vous aviez déjà entendu parler des programmes de santé interculturelle promus par le gouvernement, *etc.* Et si j'ai déjà entendu cela, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? Dans votre pratique professionnelle, que signifie la santé interculturelle ? C'est un mot vraiment cool, mais que signifie-t-il pour vous ?

00:20:01 *Kristina*

Oui, c'est un mot vraiment cool, mais en pratique, il n'est pas toujours si facile à appliquer, car ce serait justement interculturel... C'est-à-dire tenter d'unir les cultures d'une personne, le médecin ou le système de santé, à celle de la femme, et nous adapter à la femme. Par exemple, comme je viens de vous le dire, une femme arrive avec sa sage-femme, nous l'autorisons à entrer dans la salle d'accouchement, à observer son comportement et tout le déroulement de l'accouchement, et cela serait la question, mais je le répète, je serais quelque peu freiné par le fait qu'il s'agit de femmes présentant un risque obstétrical élevé. Ce serait le seul inconvénient que je vois, mais à part ça, oui, toutes les femmes doivent le faire, et le système de santé doit s'adapter aux femmes, et non l'inverse. Pas « les femmes doivent s'adapter au système de santé ». Non, ce n'est pas comme ça ; nous devons répondre aux attentes des femmes.

00:21:09 *Chercheur*

Ouais. Donc, la santé interculturelle, ce serait genre s'adapter à la femme ?

00:21:20 *Kristina*

Bien sûr, pour répondre aux besoins de la femme, sous tous ses aspects, pas seulement en obstétrique, mais dans tout, dans l'ensemble du système médical.

00:21:30 *Chercheur*

D'accord, oui, je comprends. Et alors, plus précisément, parce que vous expliquez qu'il est assez difficile de mettre en œuvre la santé interculturelle dans la pratique, ça a du sens, mais selon vous, qu'est-ce qui rend cette mise en œuvre difficile ? Plus précisément, il s'agit de patients à haut risque, oui, mais qu'est-ce que cela signifie ? Quels sont les obstacles ?

00:22:08 *Kristina*

Par exemple, si une femme fait une crise d'épilepsie, je pense que c'est le personnel médical qui devrait s'occuper d'elle, et non, par exemple, la sage-femme, car quelle que soit son expérience, elle ne sera pas en mesure de prescrire des médicaments. Prescrire ne concerne que les ordonnances médicales délivrées par des médecins. Je pense donc que c'est là le problème. Je le verrais là, c'est-à-dire la fonction ou la relation médecin-patient qui devrait exister avec tout ce que cela implique. Dans ce cas précis, pour donner un exemple ; chez la sage-femme, cela ne pourrait pas être le cas, et je pense que cela entraverait la mise en œuvre de l'interculturalité dans les soins. Cependant, je pense que cela dépend aussi de notre niveau d'attention. J'insiste, encore une fois, au premier niveau, les choses changent, et aussi, je le pense aussi, mais je le répète, il s'agit surtout de la façon dont le système s'adapte aux besoins du patient. Bien sûr, car, comme je l'ai dit, si je vois que mon patient ne comprend pas ce que j'essaie de lui dire, je dois trouver un moyen de communiquer avec lui, ou si le patient souhaite que je le traite d'une certaine manière, je dois m'efforcer de modifier ma mentalité médicale occidentale pour mieux la comprendre, la cerner et lui prodiguer les meilleurs soins possibles sans mettre sa vie en danger.

00:23:51 *Chercheur*

D'ailleurs, concernant ce sujet, celui du changement des schémas de pensée, je serais également intéressé de savoir si, durant votre formation... Avez-vous reçu une formation sur la santé interculturelle, les pratiques médicales autochtones, les langues autochtones ou quelque chose de ce genre ?

00:24:09 *Kristina*

Eh bien, lors de ma formation de médecin, non, ni lors de ma formation de spécialiste, mais maintenant, avec toutes les politiques de l'État, eh bien oui, nous avons dû suivre des formations, nous avons dû, comme je le disais, nous ouvrir précisément à cela, aux besoins de l'ensemble de la population.

00:24:31 *Chercheur*

D'accord, oui, donc, en formation académique, ça n'a pas changé, mais dans les années récentes, ça a commencé à changer.

00:24:40 *Kristina*

Bien sûr, oui, c'est une politique d'État et comme il s'agit d'un hôpital où l'on travaille, on n'a pas le choix, mais il s'agit aussi de comprendre, car il ne s'agit pas seulement de se conformer pour le simple plaisir de se conformer, mais de changer ces schémas de pensée que l'on a pu avoir, c'est vrai.

00:24:59 *Chercheur*

Pensez-vous que la plupart de vos collègues soient prêts à modifier ces systèmes et à essayer de comprendre tout cela ?

00:25:11 *Kristina*

Non, je ne crois pas. Non, je ne crois pas. Je pense que c'est un travail difficile qui demande beaucoup d'efforts, et changer les mentalités n'est pas toujours facile. Ça suppose une prédisposition des gens à le vouloir, et je ne pense pas que ça existe vraiment, c'est-à-dire une sensibilité des gens à voir les choses différemment. Je parle en connaissance de cause, ayant moi-même mis en œuvre la méthode ESAMyN dans mon hôpital ; ce n'était pas facile, pas facile du tout. Il y a eu beaucoup de résistance. Voilà pourquoi... Sur cette base, voilà ce que je peux dire. Cette idée de vouloir changer un peu et de dire : « Adoptons cette approche interculturelle », va être difficile, c'est possible, mais ce n'est pas comme si tout le monde allait être comme ça « oui, merveilleux, à partir de demain nous allons tous être comme ça ». C'est pourquoi je peux aussi vous expliquer pourquoi la mise en œuvre n'a pas été facile, et pourquoi sa maintenance ne l'a pas été non plus. Jusqu'à aujourd'hui... Je veux dire.. En fait il faut constamment insister, leur rappeler les choses à faire, donc cette partie-là... Mais bon, je veux dire...

00:26:26 *Chercheur*

Oui, c'est comme un processus d'apprentissage, bien sûr.

00:26:28 *Chercheur*

Exact.

00:26:30 *Chercheur*

Et pensez-vous qu'il pourrait y avoir des acteurs qui créent activement une résistance ? [Pause] Vous n'en avez peut-être aucune idée non plus, c'est aussi une réponse.

00:26:52 *Kristina*

Je ne sais pas, en vérité, je préfère le dire comme ça : je ne sais vraiment pas.

00:26:57 *Chercheur*

Je comprends que ces dynamiques sont peut-être assez complexes, c'est vrai. Nous en arrivons donc à mes dernières questions, et l'une d'elles serait de savoir si, en considérant tout ce dont nous avons parlé, si vous deviez, genre, concevoir un système de santé parfait à tous les niveaux, en ce qui concerne ce que vous avez dit à propos de l'adaptation aux femmes, enfin, aux patients en général. Comment l'imaginerez-vous ? À quoi ressemblerait un monde parfait où tout fonctionnerait ?

00:27:41 *Kristina*

Eh bien, la première chose que je ferais serait de changer la mentalité de beaucoup de gens, en commençant de l'autorité de tutelle, en l'occurrence le ministère de la Santé publique, jusqu'à la personne chargée du nettoyage. Oui, je pense que nous devons changer notre façon de penser sur beaucoup de

choses, sur tellement de choses. Que faut-il comprendre ici ? Les besoins des femmes, car les besoins des femmes aujourd'hui ne sont pas les mêmes qu'il y a vingt ans. Donc, cela doit changer, cela doit absolument changer. Malheureusement, nous avons encore des lois qui ont été faites pour il y a longtemps. Donc, tout cela doit commencer à changer. Je pense que c'est l'une des choses.

00:28:23 *Kristina*

L'autre chose qui serait également... Il faut respecter ce qu'on disait, n'est-ce pas ? La culture de chacun. Dans ce cas, pour chaque femme, n'est-ce pas ? Mais c'est à un niveau général. Essayer un peu... Nous, les médecins, devrions absolument descendre de ce piédestal ou de ce patriarcat, si on peut même l'appeler ainsi, n'est-ce pas ? Et pour nous mettre, non pas comme, je ne sais pas, le patriarcat, mais au niveau du patient. Je crois que cela changerait aussi considérablement la façon dont les soins sont dispensés dans notre système de santé. Et bien sûr, ce serait mon idéal, n'est-ce pas ? Soyons clairs : mon idéal est bien que les ressources soient disponibles pour que nos besoins sont satisfaits ; nous avons toutes les ressources, tout ce dont nous avons besoin.

00:29:17 *Kristina*

Par exemple, il y a... je ne sais pas, c'est juste un exemple, n'est-ce pas ? Un idéal... Il devrait y avoir un appareil d'échographie dans chaque cabinet médical afin que les patients n'aient pas à faire la queue, n'aient pas à prendre rendez-vous pour passer leur échographie, et qu'au moment où le patient quitte la consultation, il reparte avec son échographie effectuée, d'accord ? Pour cela, il faut des ressources, et des ressources bien réparties. Voilà ce que je pense, mon idéal pour le fonctionnement du système de santé.

00:29:46 *Chercheur*

Ça a du sens, évidemment. Et enfin, ma toute dernière question serait de savoir si, concernant tout ce que nous avons abordé depuis le début, et plus généralement en ce qui concerne l'attention interculturelle, vous pensez qu'il y a des aspects que nous n'avons pas encore abordés, sur lesquels je n'ai pas posé de question, mais qui vous semble important à mentionner, ou plutôt, que vous jugez important de mentionner dans ce contexte.

00:30:22 *Kristina*

Alors, je pense que les universités devraient intégrer une dimension interculturelle dans leurs programmes, tant au niveau licence qu'au niveau master, Je pense que oui. Parce que c'est différent pour nous, qui sommes déjà des spécialistes ou qui avons déjà plus d'expérience, comparé aux personnes plus âgées que moi, essayer de changer leur mentalité est difficile, n'est-ce pas ? Mais la situation est différente si l'université qui le forme juge nécessaire de l'intégrer à son programme ; alors le médecin diplômé avec ce type de formation sera différent. Par exemple, les étudiants de premier et de deuxième cycle qui connaissent maintenant la réglementation ESAMyN savent ce que c'est, comment cela fonctionne ; ils ont un état d'esprit différent, complètement différent de celui que j'ai reçu lors de ma formation, n'est-ce pas ? Bien que cela ne fasse pas partie du programme d'études à proprement parler, c'est quelque chose qu'ils apprennent lorsqu'ils sont à l'hôpital, et c'est ce qu'ils apprennent lorsqu'ils poursuivent leurs études... Et nous avons eu des témoignages de jeunes qui, après avoir quitté leur stage en rotation pour aller travailler en milieu rural, nous ont dit : « Ce que vous m'avez appris sur la façon de prendre soin des enfants, d'accoucher, de réagir aux signes avant-coureurs m'a été utile. » Je pense donc que si les universités l'intègrent, ce sera plus facile.

00:31:51 *Chercheur*

Il faudrait en fait tout changer dès le départ ?

00:31:56 *Kristina*

Exactement, parce que, je vous le dis, si une personne est déjà bien ancrée dans ses convictions, il lui est très difficile de vouloir changer. Très peu de gens disent réellement non, c'est important et donc les choses doivent changer, mais si cela leur est inculqué dès leur plus jeune âge, ils sont déjà conditionnés ainsi, et alors, par exemple, la plupart d'entre eux le savent déjà, le maîtrisent et l'ont déjà mis en pratique dans leurs unités de premier niveau, ce qui est une bonne chose. Je veux dire... Je pense que nous sommes déjà en train de changer quelque chose.

00:32:30 *Chercheur*

Génial, c'est très sûr. Eh bien, c'est tout pour moi. Je vais terminer l'enregistrement.