



HAL
open science

Différences socio-culturelles et linguistiques dans la prise en charge des femmes immigrées en consultation : quelle pratique pour les sages-femmes ? Étude qualitative réalisée dans le Finistère et le Morbihan d'octobre à novembre 2016

Hortense Le Pottier

► **To cite this version:**

Hortense Le Pottier. Différences socio-culturelles et linguistiques dans la prise en charge des femmes immigrées en consultation : quelle pratique pour les sages-femmes ? Étude qualitative réalisée dans le Finistère et le Morbihan d'octobre à novembre 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01559300

HAL Id: dumas-01559300

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559300>

Submitted on 10 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017

**Différences socio-culturelles et linguistiques dans la prise en charge
des femmes immigrées en consultation : quelle pratique pour les sages-femmes ?**

Étude qualitative réalisée dans le Finistère et le Morbihan

d'octobre à novembre 2016.

Présenté et soutenu par :

Hortense LE POTTIER

Née le 29 juillet 1994

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Hortense LE POTTIER

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

REMERCIEMENTS

A Françoise JUBIL, pour ses conseils et pour m'avoir permis de mener à bien ce mémoire

Aux sages-femmes ayant participé à l'étude, pour m'avoir consacré du temps et pour leur partage d'expériences

A ma famille, pour leur soutien pendant ces cinq années d'études, pour leur amour

A mes colocataires, Marine et Léo, pour ces bons moments de vie et pour la relecture de mon travail

Aux filles de la promotion, et en particulier à Jeannice, Marion, Lisa, Clara, Léa, Marine et Chrystelle, pour ces mémorables années partagées

A Claire et Elise, mes camarades de première année, sans qui je n'aurais pas réussi

*« Cette curiosité de la diversité du monde me paraît essentielle pour faire n'importe quel métier,
mais en obstétrique, je dirais qu'elle est vitale. »*

Emile Papiernik (1936-2009)

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION	7
II.MATERIEL ET METHODE.....	10
1.Type d'étude.....	10
2.Lieux et période de réalisation.....	10
3.Population d'étude.....	10
4.Outil d'étude.....	10
5.Analyse des données	11
6.Principes éthiques	11
III.RESULTATS.....	12
1.Description de la population.....	12
2.Déroulement des consultations avec des patientes immigrées.....	12
3.Difficultés rencontrées dans la prise en charge de femmes immigrées.....	13
a.Difficultés d'ordre linguistique.....	13
b.Difficultés d'ordre interculturel.....	15
c.Difficultés d'ordre administratif.....	16
d.Difficultés d'ordre socio-économique.....	17
4.Solutions proposées par les sages-femmes	18
IV.DISCUSSION.....	19
V.CONCLUSION.....	24
VI.BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXE I : Guide d'entretien	27
ANNEXE II : Principales ressources dans le domaine de la santé des migrants	28
ANNEXE III : Positionnement géographique des 11 signataires de la charte de l'interprétariat en milieu social en France	29

LEXIQUE

AME : Aide Médicale d'Etat

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-femmes

CADA : Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile

Caso : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

Comede : Comité Médical pour les Exilés

ISM Interprétariat : Inter-Service-Migrants Interprétariat

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

I. INTRODUCTION

L'immigration est un phénomène ancien en France. Celle-ci a évolué selon les contextes législatifs (accords de Schengen en 1985 notamment), politiques et socio-économiques mondiaux [1]. La population immigrée en France est aujourd'hui de plus en plus européenne [2]. La notion de « personne immigrée » est définie comme étant une personne née à l'étranger et vivant sur le sol français (y compris lorsqu'elle a obtenu la nationalité française) [3].

Depuis les années 2000, la population immigrée a fortement augmenté : elle représente 8,9% de la population française en 2013 (contre 8% en 2004) [4]. 51 % de la population immigrée sont des femmes qui totalisent 12% des naissances en France [5].

Au vu de ces chiffres, les sages-femmes devraient être de plus en plus amenées à prendre en charge des femmes immigrées.

D'un point de vue socio-démographique, les femmes de nationalité étrangère ont un risque périnatal plus élevé par rapport aux femmes françaises : elles sont en général plus âgées, ont une parité plus élevée, un niveau d'étude plus faible et moins de ressources [5].

Durant leur grossesse, ces femmes bénéficient de moins de consultations prénatales : parmi les 5,6% de femmes qui ont eu moins de 7 consultations prénatales en 2010, 11% sont de nationalité étrangère. La nationalité étrangère est également associée à une déclaration tardive de grossesse [6]. En fonction des origines géographiques, on observe des disparités entre les principales pathologies développées pendant la grossesse et en per-partum. Les femmes originaires d'Afrique Sub-Saharienne se distinguent des autres par un taux plus élevé de césariennes, d'hospitalisations pendant la grossesse (pour hypertension et diabète gestationnel notamment), de prématurité et d'hypotrophie ; celles originaires du Maghreb ont un risque thrombo-embolique plus élevé ; chez les femmes d'Afrique Sub-Sahariennes, d'Asie et des pays autres que d'Europe et d'Afrique du Nord, le nombre d'hémorragies est augmenté [5].

En France, la mortalité maternelle est plus élevée pour les femmes étrangères toutes nationalités confondues : 12,5 pour 100 000 naissances vivantes contre 7,9 pour les françaises [5].

De plus, si certaines populations immigrées arrivant en France ont une meilleure santé que les autochtones (habitudes culturelles ou alimentaires protectrices), l'état de santé des personnes immigrées semble se détériorer avec le temps passé dans le pays d'accueil [7] [8]. Les femmes immigrées ont une probabilité de déclarer un mauvais état de santé plus forte que les hommes et qui est de surcroît augmentée avec l'âge [9].

Des explications quant à la morbi-mortalité périnatale des femmes étrangères ainsi qu'à la santé de la population migrante en général sont retrouvées dans la littérature.

Tout d'abord, outre la dimension génétique, il existe une influence des caractéristiques économiques, sanitaires et politiques des pays d'origine et des pays d'accueil sur la santé des immigrés [8]. En France, les femmes immigrées ont souvent une situation socio-économique précaire : conditions de travail plus dures, revenu inférieur à la population française, taux de chômage plus élevé, conditions de logement défavorables, difficultés d'accès à l'assurance complémentaire (35% des immigrés étrangers et 20% des immigrés naturalisés n'ont pas accès à une complémentaire santé contre 7% des Français de naissance) [7].

De plus, l'arrivée dans le pays d'accueil peut créer une rupture du lien social voire une exclusion sociale impactant l'état de santé des migrants qui peuvent déjà être fragilisés psychologiquement et physiquement par des antécédents de violence dans leur pays d'origine [7]. A l'inverse, l'existence du soutien d'une communauté peut être un facteur favorisant d'un bon état de santé, à l'instar de la communauté des femmes d'Afrique du Nord très présente sur le territoire français [5].

Ensuite, les facteurs linguistiques et culturels impactent sur la santé de cette population. D'une part, un quart des femmes qui ont accouché en France en 2010 parlait une langue étrangère à la maison pendant l'enfance, dont 13,6% de manière exclusive [7]. Or, la moindre maîtrise de la langue serait la barrière la plus importante dans l'établissement d'un premier contact avec les services de soins de santé (par retard ou évitement des soins). Les personnes faisant face à cette barrière participent moins aux programmes de prévention et de dépistage et ont moins accès à l'information sur la santé. La barrière linguistique affecte également de façon négative la qualité des soins (non respect de la confidentialité ou de l'obtention d'un consentement éclairé par exemple). D'autre part, les styles de vie liés à la culture jouent aussi un rôle dans la santé des populations et les différences culturelles peuvent majorer les effets de la barrière de la langue : non compréhension du système de soin, moins bonne observance et acceptabilité des prescriptions, interprétation erronée de la part du soignant des symptômes exprimés. Les facteurs linguistiques et culturels peuvent donc avoir une conséquence non négligeable sur les résultats des thérapeutiques prescrites [1] [8] [10].

Pour finir, à ces différents facteurs s'ajoute le risque de discriminations majoré dans cette population, en particulier chez les femmes, contribuant de ce fait à l'aggravation de leur état de santé [11].

Les sages-femmes de consultations peuvent être les premiers intervenants auprès des femmes immigrées. Comment prennent-elles en charge ces patientes lors des consultations, moments particuliers où la sage-femme peut établir une relation de confiance avec la femme, repérer des facteurs de risques ou pathologies et s'assurer de la physiologie de la grossesse ? Quel impact des facteurs socio-culturels et linguistiques sur leur prise en charge ? Quelles difficultés les sages-femmes rencontrent-elles dans cette prise en charge ? Quelles ressources ont-elles pour les aider ?

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les difficultés rencontrées par les sages-femmes de consultations dans la prise en charge des femmes immigrées, d'un point de vue socio-culturel et linguistique.

Nous présenterons tout d'abord le matériel et la méthode, puis les résultats de l'étude, la discussion et enfin la conclusion.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative.

2. Lieux et période de réalisation

Elle a été réalisée d'octobre à novembre 2016 dans les services de consultations de gynécologie-obstétrique de centres hospitaliers du Finistère et du Morbihan : CHRU de Brest, CHIC de Quimper, CH de Morlaix, CHBS de Lorient.

3. Population d'étude

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- être sage-femme
- exercer dans un des services cités ci-dessus

Le nombre de sages-femmes sélectionné a été déterminé à saturation des données. L'absence de nouvelle donnée pertinente a été confirmée par deux entretiens complémentaires avant d'arrêter le recueil.

4. Outil d'étude

Pour répondre à l'objectif de notre étude, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs. Un guide d'entretien a été préalablement rédigé (Annexe 1). Il contient cinq thèmes majeurs composés d'une question ouverte principale et de plusieurs relances permettant d'approfondir les thématiques. Les questions sont abordées en fonction du récit de la personne interviewée et sans tenir compte d'un ordre précis. Des sujets supplémentaires peuvent être ajoutés au cours de l'entretien.

Les sujets abordés sont les données socio-démographiques de la population (sexe, nombre d'années d'exercice, expérience hors métropole), le déroulement des consultations avec des patientes immigrées, les difficultés rencontrées, les ressources à la disposition des sages-femmes et leurs propositions pour améliorer cette prise en charge.

5. Analyse des données

Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit sans aucune reformulation. L'analyse a été réalisée de façon concomitante au déroulement des entretiens et a consisté en une analyse des verbatims (ensemble de mots ou phrases cités par le participant). Les verbatims ont été classés à partir des thèmes prédéfinis dans le guide d'entretien. Chaque thème a ensuite fait l'objet d'une synthèse descriptive pour quantifier sa fréquence dans la population étudiée .

6. Principes éthiques

Le consentement oral, libre et éclairé des sages-femmes pour la réalisation des entretiens et leurs enregistrements audio a été obtenu en amont. L'anonymat a été respecté dans la retranscription et l'analyse des entretiens. Les participants ont été identifiés par les dix premières lettres de l'alphabet (dans l'ordre chronologique des entretiens).

III. RESULTATS

1. Description de la population

Dix entretiens ont été effectués. Ils se sont déroulés sur le lieu d'exercice des sages-femmes interrogées. L'investigateur était seul avec l'interviewé.

Tableau I : Caractéristiques de la population

Sage-femme	Sexe	Années d'exercice en consultation	Expérience hors métropole	Durée de l'entretien
A	F	5	non	31'15
B	F	2 ½	non	16'38
C	F	10	non	38'53
D	F	10	oui	24'24
E	F	10	non	17'30
F	F	3	non	22'30
G	F	2	non	15'07
H	F	10	non	46'02
I	F	5	non	31'29
J	F	4	oui	21'01

La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes.

2. Déroulement des consultations avec des patientes immigrées

Selon les sages-femmes, de plus en plus de femmes immigrées viennent en consultation à l'hôpital : elles en prennent en charge toutes les semaines, ce qui représenterait 10 % des consultations.

Les patientes sont originaires de pays divers. Il n'y a pas de population majoritaire mais plutôt des vagues de migration : « *ça dépend des crises qui se passent dans les pays* » (I).

Huit sages-femmes nous disent avoir un bon ressenti par rapport au déroulement des consultations avec des femmes immigrées : « *Ce sont souvent de belles rencontres.* » (I) ; « *Cela fait aussi regarder les choses différemment et peut-être prendre du recul dans nos prises en charge, donc c'est plutôt positif.* » (C). Parmi ces professionnelles, la moitié trouve que les consultations deviennent difficiles s'il existe une barrière de la langue. Cependant, certaines d'entre elles (E, I), ont le sentiment que ces consultations sont de plus en plus compliquées à prendre en charge en raison de la précarité sociale pouvant exister : « *C'est plus dur dans le sens où, en général, elles viennent avec leurs enfants, qu'elles ne connaissent personne, elles ne sont même pas venues pour des amies*

ou des choses comme ça, donc elles se retrouvent isolées avec leurs enfants et pour accoucher c'est quand même compliqué. » (C).

Au travers des entretiens, on peut ressentir un sentiment d'impuissance (« *Je trouve que c'est un ressenti difficile et on n'a pas de baguette magique.. »*) (A), d'insatisfaction (« *On ne peut pas être garant d'une qualité de vie égale à un citoyen français donc...il y a une part de frustration. »*) (H).

La sage-femme D : « *Je me dis, est-ce qu'il n'y aurait pas un petit plus que je pourrais leur apporter par rapport à.. ? Mais comme je ne suis pas à l'aise, je n'y vais pas. »*

3. Difficultés rencontrées dans la prise en charge de femmes immigrées

Les difficultés rapportées par les sages-femmes peuvent être classées en quatre catégories :

a. Difficultés d'ordre linguistique

« La langue est vraiment l'élément clef pour pouvoir s'intégrer dans un pays et pour pouvoir vivre sereinement dans de bonnes conditions. » (I)

L'ensemble des professionnelles interrogées ont des difficultés dans la communication avec les patientes qui ne parlent pas français. Pour six d'entre elles (A, B, C, F, I, J), c'est cette barrière de la langue qui est le plus difficile dans la prise en charge des patientes immigrées : « *C'est bien pour les questionnements comme ça, directs, pour le médical pur. Par contre, savoir si psychologiquement ça se passe bien, s'il n'y a pas d'inquiétude, s'il n'y a pas de questions quand même, c'est plus compliqué. » (C) ; « Pour celles qui sont immigrées mais qui maîtrisent le français on voit bien qu'il y a moins de problématiques. » (I).*

Le manque de temps durant ces consultations nécessitant une traduction est un problème pour la sage-femme I.

Face à ces difficultés linguistiques, les sages-femmes se servent de divers moyens : « *C'est de la débrouille* » (D). On peut les classer par ordre décroissant d'utilisation :

- Les accompagnants ont été cités par toutes les professionnelles. En effet, la majorité des femmes ne parlant pas français étant accompagnées (par un membre de leur entourage le plus souvent), la principale solution est donc que l'accompagnant fasse office d'interprète. Cela permet d'améliorer la communication : « *On préfère mettre une tierce personne, même si on ne sait pas trop qui elle est par rapport à la dame, il y aura peut-être des trucs qu'elle n'est pas sensée savoir quand on explique tout mais on préfère quand même faire ça pour que la dame soit au courant.* »)

(D). Mais cela peut aussi, selon les sages-femmes, causer une perte d'informations et de ressentis (« *Ma crainte est toujours que mes propos soient mal traduits ou que la patiente n'arrive pas à exprimer vraiment ce qu'elle a besoin d'exprimer.* ») (I), voire empêcher de traiter certaines questions plus délicates (« *Par respect pour les femmes je ne vais jamais parler des violences quand il y a quelqu'un qui traduit par exemple, sauf si la patiente elle-même aborde ce sujet-là.* ») (I).

- Six sages-femmes exploitent leurs propres connaissances en anglais quand la patiente le parle.

- La traduction sur internet est une méthode nommée par quatre interlocutrices : « *C'est long mais il n'y a pas d'autres moyens.* » (A).

- Le langage corporel est évoqué par trois personnes : « *Mal à la tête je montre la tête, mal au ventre je montre le ventre..elles savent souvent ce que veut dire le mot "mal".* » (E).

- Toutes les sages-femmes interrogées ont connaissance de listes du personnel hospitalier parlant diverses langues et faisant bénévolement de l'interprétariat, mais seules trois y ont déjà eu recours : « *Elles sont contentes les femmes quand elles sentent que c'est bien traduit, qu'elles sont bien comprises. C'est une vraie aide.* » (I). Les autres n'en ont jamais eu besoin (car la patiente est toujours accompagnée) ou trouvent l'organisation trop difficile : « *Quand on les voit en consultation, cette personne ne travaille pas forcément ce jour-là et, en plus, comme ça change, je trouve ça compliqué.* »(C) ; « *Je ne fais jamais venir d'interprète parce que je n'ai pas le temps.* » (A).

- Le document *Urgence maternité, Je consulte !* réalisé par le Réseau Ville Hôpital 35 a été mentionné par la sage-femme C.

- Le *Lexique de la maïeutique* (traduction en 8 langues) réalisé par l'Association Nationale des Etudiants Sages-femmes (ANESF) est utilisé par la sage-femme H.

b. Difficultés d'ordre interculturel

Sept sages-femmes sur dix n'éprouvent pas de difficulté dans la gestion des différences culturelles en consultation : elles estiment qu'il n'y a pas de tabou, que les professionnels de santé font preuve d'adaptation et d'ouverture (acquise par expérience personnelle ou professionnelle dans des départements ou territoires d'outre-mer pour certaines) : « *J'aime bien savoir comment elles s'intègrent, si c'est facile pas facile, les enfants.. [...] Si c'est une culture qui fait un peu différemment, pourquoi pas ? "Ecoutez, nous on fait comme cela, je vous propose comme ceci..." j'essaie de m'adapter.* » (F).

Selon l'une d'entre elles, c'est en per- ou postnatal que la différence culturelle apparaît le plus et peut alors devenir une difficulté : « *Ce n'est pas comme le moment où il y a vraiment l'aspect culturel de l'accueil de l'enfant ou de la douleur.* » (H).

Cependant, les autres sages-femmes parlent de méconnaissance des différentes cultures par les professionnels de santé et de jugements : « *Nous on est beaucoup sur l'échographie, la 3D. Il y a des ethnies où il ne faut surtout pas regarder l'écran, ça porte malheur, nous on a plutôt l'interprétation de "elle ne veut pas regarder son bébé, elle ne veut pas s'investir etc.." Alors qu'en fait c'est de la protection. [...] ça ce sont des choses qu'il faut apprendre, comprendre.* » (C). Selon elles, cela peut causer des incompréhensions et de mauvaises interprétations de pratiques (majorées par la barrière de la langue) et engendrer de l'angoisse chez les patientes, un défaut de prise en charge : « *La prise de traitement c'est folklorique mais parce que parfois elles n'en voient pas l'utilité.* » (I).

Pour ces sages-femmes, il faudrait « *mieux comprendre comment ça se passe chez elles, pour mieux expliquer pourquoi, nous, on fait telle ou telle chose.* » (I) et faire preuve d'empathie, de bienveillance : « *c'est à dire en posant la question "est-ce que ça ne vous pose pas de problème ?"* » (E).

En fonction des cultures, la place réservée à l'homme dans les consultations peut être multiple. Elle ne semble pas poser de difficultés à la majorité des sages-femmes.

La sage-femme I nous parle de situations récurrentes et complexes : « *On est allé les chercher au pays et ils reviennent avec, elles ne parlent pas un mot de français, elles n'ont pas forcément choisi leur conjoint, parfois il y a des violences, pas toujours bien sûr, mais elles sont paumées et on ne peut que passer par l'homme par contre, là l'homme est très présent. Il vient en consultation, c'est*

lui qui traduit, c'est lui qui fait le filtre. Moi je sais qu'à chaque fois je dis aux hommes "c'est important, il faut l'inscrire aux cours de français, il va falloir qu'elle parle après quand votre enfant va aller à l'école, c'est elle qui va aider pour les devoirs, vous ne serez pas forcément là". Mais je trouve quand même que certains hommes ont un vrai frein à l'intégration, ça les arrange bien qu'elle continue à ne pas comprendre, à ne pas parler français. Elles sont sous leur emprise, elles ne peuvent rien faire sans lui. » (I).

Peu de sages-femmes disent avoir été confrontées à des femmes excisées. Elles semblent garder en mémoire ces rencontres, l'appréhension de leur faire mal durant l'examen, ainsi que la nécessité d'aborder le sujet avec la femme : *« C'est compliqué parce que, si elle a elle-même une petite fille, il faut essayer de voir ce qu'elle envisage pour son enfant, sinon tu as quand même le devoir de lui dire que c'est interdit en France, et que, si jamais elle souhaite le faire, de peut-être faire un signalement. » (J).*

Les personnes interviewées n'expriment pas de difficultés quant à la notion de religion.

c. Difficultés d'ordre administratif

La majorité des professionnelles interrogées n'ont pas de difficultés pour aider les femmes immigrées d'un point de vue administratif. A contrario, une sage-femme nous dit qu'il est difficile pour elle de s'y retrouver : *« Ils arrivent avec des tas de papiers en consultation qui ne sont pas forcément les papiers de la grossesse alors, c'est sûr, vous n'aurez pas le résultat de la toxo mais vous aurez des tas de papiers, de numéros.. Alors vous vous dites que déjà vous même, comprenant la langue, c'est déjà tellement compliqué de comprendre les papiers qui leur sont demandés qu'ils ont de quoi être noyé. » (H).*

Deux professionnelles notent un absentéisme plus marqué aux consultations chez certaines patientes, sans en faire une généralisation.

Pour la sage-femme C, certaines personnes ne viennent pas en consultation par honte de leur situation : *« On a aussi un regard sur les personnes qui se retrouvent exilées, sans papiers, sans prise en charge, etc. On a un regard très péjoratif mais il faut savoir que, dans cette population, actuellement, il y a des gens qui sont lettrés, qui ont des professions, qui avaient une position certaine dans leur pays, et qui se retrouvent hors de chez eux, sans famille, sans rien, qui ne sont*

pas forcément à l'aise avec cette position-là. » (C).

d. Difficultés d'ordre socio-économique

Selon les sages-femmes, les personnes immigrées, notamment les personnes en situation irrégulière, peuvent cumuler plusieurs facteurs de vulnérabilité (conditions d'hébergement et situation économique précaire, isolement social). Elles nécessitent donc une adaptation de la prise en charge et *« une attention particulière parce qu'elles sont déracinées. Et quand on va être mère [...], le fait d'être déracinée peut aussi induire des pathologies pendant la grossesse, au moment de l'accouchement.. » (I).* Avec l'aide d'organismes sociaux (Permanences d'Accès aux Soins de Santé [PASS], Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile [CADA], les Cellules Précarité), d'assistants sociaux, de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), ainsi que l'entraide professionnelle, les sages-femmes réussissent en général à réaliser les examens nécessaires au suivi de grossesse : *« Tant que l'AME, Aide Médicale d'Etat, n'est pas accordée c'est long, [...] des fois il y a des femmes qui sont dans des situations complètement illégales, donc c'est compliqué pour le suivi de grossesse, pour les examens, les prises de sang et tout ça, en général je les fais prélever ici. » (A).*

Des sages-femmes soulignent cependant la difficulté de mettre en relation ces différents intervenants : *« Tout le monde ne connaît pas les systèmes et les réseaux, donc en fait on lui fait une ordonnance ou on lui fait faire un bilan ; quand on n'a pas de sous pour manger et qu'on a tant à payer pour le bilan on fait pas le bilan. » (C).*

Les personnes interrogées nous expriment leur problème à s'assurer des conditions d'hébergement des familles immigrées. Pour y arriver, plusieurs sages-femmes ont déjà été amenées à effectuer des pratiques illégales : *« J'ai même fait des faux certificats pour dire que le col était menaçant, qu'elle risquait d'accoucher prématurément dans la rue pour qu'elle ait un logement et ça a marché. Mais j'ai été obligée de mentir. [...] J'ai ce pouvoir-là car personne ne peut aller vérifier que le col est court ou menaçant... Ça m'est arrivé deux fois en cinq ans. » (A).*

La sage-femme H nous explique qu'il peut être plus difficile de trouver un hébergement pour un immigré Européen : *« un citoyen européen doit être capable de subvenir aux besoins de sa famille et ils [un couple] n'étaient donc pas du tout prioritaires pour le logement. » (H).*

Enfin, pour la moitié des sages-femmes, les difficultés ci-dessus entraînent une différence de prise en charge entre les femmes immigrées et les autres : « *Je pense qu'on ne les prend pas en charge comme on devrait le faire.* » (C).

Pour elles, les préjugés pourraient être en cause : « *"C'est le bassin méditerranéen, forcément c'est exagéré"[...]. A la fin, on fait plus par rapport aux habitudes liées aux origines que par rapport à la dame elle-même.* » (D).

Selon les sages-femmes H et I : « *Il faut qu'elle [la prise en charge] soit différente car c'est complexe, [...] ça doit être réfléchi dans la mesure où ce sont des situations qui sont de plus en plus fréquentes* »(H) ; « *Elles ont encore plus besoin que les autres patientes d'être cocoonées.* » (I).

Elles se demandent si cette différence de prise en charge peut impacter la santé périnatale des femmes.

4. Solutions proposées par les sages-femmes

Les sages-femmes essaient de résoudre les difficultés énoncées ci-dessus par le biais de moyens multiples et propres à chacune. Elles ont néanmoins fait, au cours des entretiens, des propositions pour les aider et améliorer leur prise en charge.

Le principal souhait exprimé par les sages-femmes est de pouvoir faire appel plus facilement à des interprètes. Quatre des sages-femmes aimeraient également bénéficier d'une formation spécifique pour la prise en charge de femmes immigrées. Deux d'entre-elles ont émis l'idée d'un café-réunion informel avec des femmes de différentes cultures, durant la grossesse ou en post-partum, pour échanger et « *apprendre à connaître leur culture plutôt que d'imposer la notre.* » (F).

Certaines voudraient accroître le lien avec la PMI et les CADA, et proposent d'aménager une consultation commune entre sage-femme de PMI et sage-femme hospitalière au début du suivi d'une patiente immigrée.

Des professionnelles interrogées ont également exprimé le souhait de disposer de temps supplémentaire pour les consultations. D'autres trouveraient utile d'avoir un répertoire regroupant les personnes ressources, différents organismes et hébergements sociaux ainsi que d'un récapitulatif des droits des personnes immigrées.

IV. DISCUSSION

La méthodologie qualitative était appropriée à la problématique et a permis d'y répondre en recueillant et retransmettant les propos et ressentis de sages-femmes sur le sujet. Elle permet également de faire un parallèle avec l'étude sur le vécu de la maternité de femmes immigrées réalisée en 2016 par Floriane Corre dans le cadre de son mémoire en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [12].

Cependant, des limites sont à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, les sages-femmes interrogées dans l'enquête sont uniquement de sexe féminin. Des professionnelles interviewées ont l'impression qu'il peut être plus difficile de prendre en charge une patiente immigrée lorsqu'on est un homme car le rapport à l'homme peut être différemment appréhendé selon les cultures et en particulier dans le milieu de la gynécologie-obstétrique. Il aurait par conséquent pu être intéressant d'avoir l'avis sur le sujet de sages-femmes de sexe masculin. Puis, il peut exister un biais d'information. Il a été réduit par la retranscription exacte des entretiens mais, l'investigateur intervenant régulièrement pour relancer les personnes interviewées, certaines réponses peuvent être induites ou orientées. Ensuite, il y a un biais de mémorisation : les personnes interrogées peuvent se souvenir de façon plus ou moins importante de leur pratique (en fonction du nombre et de l'ancienneté des cas rencontrés, de leur intérêt sur le sujet par exemple).

Les sages-femmes de consultations prennent en charge de plus en plus de patientes immigrées d'origines diverses et ont pour la plupart un bon ressenti du déroulement des consultations ; deux d'entre-elles les trouvent cependant de plus en plus complexes en raison d'une plus grande précarité par rapport à la population générale. Pour la majorité des professionnelles, la barrière de la langue est la principale difficulté rencontrée : pour y faire face, elles travaillent en réseau et utilisent de multiples moyens qui ne permettent pas, selon elles, de réaliser une consultation de manière totalement satisfaisante. Les différences culturelles pouvant exister n'apparaissent pas comme une difficulté pour toutes les sages-femmes mais certaines parlent de méconnaissance des cultures pouvant engendrer des mauvaises interprétations et des défauts de prise en charge.

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude québécoise [13] dans laquelle 92% des personnes travaillant en milieu hospitalier et la totalité des médecins déclarent avoir des problèmes de communication liés à la langue avec les femmes immigrées, en particulier lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets délicats comme les violences faites aux femmes en présence d'un accompagnateur. En

effet, le dépistage de ces violences est une problématique actuelle des autorités de santé et il reste difficile à effectuer pour une grande part de professionnels [14]. Cette difficulté peut donc être majorée s'il existe une barrière de la langue.

Comme certaines sages-femmes de la présente étude, les personnes interrogées dans l'étude québécoise ont le sentiment que les difficultés rencontrées varient selon la période donnée (pré-, per- ou post-natal).

Les résultats s'accordent également avec un traité de santé publique en soulignant le besoin de temps supplémentaire lors de consultations avec des patientes immigrées et la nécessité de les orienter vers des organismes spécialisés [1].

Les difficultés d'ordre socio-économique, administratif ou culturel exprimées par les sages-femmes peuvent traduire une méconnaissance relative aux droits des personnes immigrées, aux différentes cultures et ressources pouvant les aider dans la prise en charge. En effet, aucune des professionnelles interrogées n'a bénéficié, ni lors de ses études, ni durant sa carrière, de formation spécifique sur le sujet. Une d'entre elle a indiqué que c'est « *en écoutant les femmes* » qu'elle a appris (I). Il existe quelques sites internet et documents rédigés à destination des professionnels pour les aider dans la prise en charge des personnes immigrées, mais ils ne semblent pas être portés à leur connaissance (Annexe II).

La difficulté d'ordre linguistique peut illustrer la pauvreté de moyens à la disposition des professionnels de santé pour les aider à surmonter la barrière de la langue. En effet, ils bénéficient en majorité de la traduction des accompagnants, utilisent l'anglais s'il est parlé par la patiente ou la traduction sur internet. Le personnel hospitalier parlant des langues étrangères est rarement appelé, par manque de temps et d'organisation le plus souvent. « *Favoriser l'intervention d'interprètes dans les dispositifs de prévention et de soins* » fait partie d'une des mesures du plan de périnatalité 2005-2007 [15] mais il n'existe actuellement pas de service public d'interprétariat en France, seulement des associations proposant un service d'interprétariat professionnel (Annexe III). En Bretagne, il s'agit du Réseau Louis Guilloux qui effectue de l'interprétariat par déplacement en Ille et Villaine. Dans les autres départements, il est possible de faire appel à ces services, ou à ceux d'autres organismes, par téléphone [16]. Néanmoins, ce type de dispositif est méconnu par les professionnels et son coût (15 à 38 euros l'unité de 15 minutes, non pris en charge par la sécurité sociale) ainsi que des conditions d'accès particulières (pré-réservation de trois jours avant l'intervention pour certaines associations) le rendent inaccessible [17].

Ensuite, la problématique des préjugés et stéréotypes est ressortie de quelques entretiens. Priscille Sauvegrain, sage-femme hospitalière et sociologue, a étudié dans des services de périnatalité le

processus de catégorisation selon les origines réelles ou supposées des femmes que les soignants peuvent appliquer à leurs patientes [18]. Elle a fait émerger plusieurs types de classification semblables à celui utilisé par la sage-femme D (« *femmes du bassin méditerranéen* ») pour illustrer la notion de préjugés : une femme catégorisée comme « Africaine » peut par exemple être associée à des idées stéréotypées tels que « pour qui la grossesse n'est pas une maladie » ou « qui est culturellement opposée aux césariennes ». Les préjugés et stéréotypes existent donc dans le milieu médical mais néanmoins, la cadence soutenue des consultations hospitalières, laissant peu de temps pour délivrer des informations extra-médicales, peut expliquer le risque accru de recours plus ou moins conscient aux représentations ethnicisantes.

Les sages-femmes ont partagé leur problème à s'assurer de l'existence d'un logement adéquat pour leur patientèle immigrée et certaines ont confié avoir déjà effectué de faux certificats pour y parvenir. Cela reflète la mise en difficulté de professionnels dans des situations où il y a une ambivalence entre respect déontologique et nécessité de venir en aide à ces femmes. Leur ressenti est en accord avec l'observation du cabinet de la Directrice Générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-PH) : les hôpitaux de France, et par conséquent les maternités, sont de plus en plus confrontés à des demandes d'hébergement d'urgence [19]. Pour cause, 8% des femmes enceintes reçues dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (Caso) sont sans domicile [20].

Pour finir, les difficultés rencontrées par les sages-femmes de notre étude pourraient être en lien avec leur lieu d'exercice. En effet, même si le nombre d'immigrés a doublé en Bretagne depuis 1999, il reste le plus faible de toutes les régions après la Basse Normandie [21]. Il pourrait par conséquent exister une relation entre la part de population immigrée présente sur le territoire et les ressources disponibles (les formations, services d'interprétariat et autres ressources relatées comme insuffisantes par les professionnelles interrogées). L'expérience professionnelle de certaines sages-femmes hors de la France pourrait également influencer leur pratique (approche de différentes cultures, coutumes).

Plusieurs interrogations peuvent émerger de l'étude. Tout d'abord, les sages-femmes interrogées ont le sentiment de ne pas explorer le versant psychologique de façon optimale dans les consultations avec des patientes non francophones. Peut alors se poser la question : qu'en est-il de la prise en charge de la santé mentale des patientes immigrées ? L'état psychologique de ces femmes peut être troublé pour plusieurs raisons. D'une part, la maternité est une période de remaniement et de transparence psychique où la femme peut s'interroger sur son histoire, son identité. L'immigration, qu'elle soit antérieure ou simultanée à la grossesse, peut donc majorer cet état par la résurgence du

vécu traumatique de la migration, par la rupture avec le cadre culturel et par l'absence de femmes dans l'entourage pouvant favoriser l'identification à une image maternelle positive [22] [23]. D'autre part, dans la population immigrée, les pathologies psychiques sont les pathologies les plus fréquemment observées (première cause de suivi médical au Comité Médical pour les Exilés, Comede [24]). Le taux de syndromes post-traumatiques, plus élevé dans la population immigrée que dans la population générale, est augmenté chez les femmes qui sont par ailleurs également plus à risque de violences liées au genre (violences sexuelles, violences conjugales et mariages forcés entre autres) [24] [25]. Une étude réalisée a de plus montré que la moitié des femmes enceintes suivies au Comede avait subi des violences, avait un retard de prise en charge de la grossesse et que, pour un quart la grossesse faisait suite à un viol (à noter que les femmes suivies au Comede peuvent être dans des situations de précarité plus grandes que la population immigrée en général) [26]. Par conséquent, alors que les politiques de santé publique se concentrent sur les maladies infectieuses dans les populations immigrées [24], il serait nécessaire d'avoir une attention particulière, et notamment pour les femmes, sur leur état psychologique.

Ensuite et plus globalement, notre étude se rapporte aux conditions et politiques actuelles en matière d'immigration et d'accueil de ses populations (hébergement, droits, accès à la santé, discriminations par exemple). Peu d'études explorent l'état de santé des personnes immigrées alors qu'elles représentent presque 9% de la population en France. Arnaud Veïsse et Elodie Aïna Stanojevich s'interrogent : serait-ce le reflet de réticences culturelles et politiques à accepter que ce champ de la santé soit investi par la recherche et les pouvoirs publics [1] ? Néanmoins, les politiques de santé évoluent. Depuis 2016, l'interprétariat linguistique et la médiation sanitaire sont inscrits dans le Code de la santé publique (article L.1110-13). Cela devrait donc permettre l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes immigrées et la diminution des inégalités sociales en matière de santé.

Une enquête au niveau national sur les difficultés rencontrées par les sages-femmes aurait pu permettre la comparaison avec les données de la présente étude bretonne.

Une recherche sur l'influence des facteurs socio-culturels aux moments particuliers de la naissance et du post-partum dans la pratique des sages-femmes permettrait également de mettre en regard les résultats trouvés ici.

Le développement du secteur de l'interprétariat professionnel serait l'idéal pour améliorer la prise en charge des femmes immigrées et faciliter la pratique de la consultation. En effet, selon une étude cela pourrait être la solution la plus efficace pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins des

populations migrantes [27].

Ensuite, une formation pour les professionnels de santé sur les droits de cette population, les ressources disponibles et les différentes cultures, semble indispensable puisque la méconnaissance des droits et procédures par les professionnels de santé semble engendrer un retard de recours aux soins, une aggravation de pathologies et un surcoût humain et financier [1] [20].

Les patientes immigrées présentent souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité nécessitant une prise en charge parfois plus complexe. En plus d'un travail en réseau avec d'autres professionnels, aménager du temps supplémentaire pour ces consultations permettrait aux sages-femmes un suivi optimisé.

Pour illustrer le propos, des exemples de projets français et européens mis en place pour améliorer la prise en charge des femmes immigrées peuvent être cités: il existe ainsi des consultations "Santé Migrants" au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, des réunions ethnoculturelles au Centre Hospitalier Intercommunal d'Aulnay-sous-bois, ou encore des médiateurs culturels à Anvers en Belgique [28].

V. CONCLUSION

La santé périnatale des femmes immigrées en France est préoccupante : elles ont entre autres par rapport aux femmes d'origine française des facteurs de risque augmentés, un suivi moins complet et une mortalité maternelle plus élevée. Selon les données trouvées dans la littérature, les facteurs socio-culturels et linguistiques peuvent expliquer partiellement cette constatation. L'objectif de cette étude qualitative était d'identifier les différentes pratiques et les difficultés des sages-femmes de consultation dans la prise en charge des patientes immigrées.

Malgré un bon ressenti par rapport au déroulement des consultations avec des femmes immigrées, les sages-femmes rencontrent diverses difficultés dans la prise en charge de ces patientes, dont la principale est la barrière de la langue. Elles énoncent aussi d'autres problématiques comme la gestion de la précarité sociale qui est plus importante dans cette population, le temps nécessaire en consultation ainsi que la méconnaissance de certains professionnels par rapport aux cultures et aux droits des personnes immigrées. Grâce à un travail en réseau (collaboration avec les services de PMI, les assistants sociaux et d'autres organismes spécialisés) et par divers moyens (traduction des consultations par les accompagnants par exemple pour la difficulté linguistique) elles essaient de trouver des solutions pour effectuer des consultations de façon optimale.

Les variations culturelles et linguistiques, les spécificités juridiques, les facteurs de vulnérabilité (comme la précarité socio-économique et la fragilité psychique) peuvent exister chez les patientes immigrées et doivent être pris en compte pour les accompagner au mieux. La prise en charge de ces patientes serait améliorée par une mise en place de différents dispositifs tels que le développement de l'interprétariat professionnel, l'aménagement de consultations spécifiques ainsi que des études sur la santé des populations immigrées. Un travail sur le vécu des consultations du point de vue des femmes immigrées pourrait également être intéressant à réaliser.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Veïsse A, Aïna Stanojevich E. Traité de santé publique : Migration et santé. 2^{ème} édition. Médecine-Sciences Flammarion;2006:509-514
- [2] Brutel C. Les immigrés récemment arrivés en France. Une immigration de plus en plus européenne. Insee Prem. 2014;1524:4
- [3] Institut national de la statistique et des études économiques, Insee. [en ligne] <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328> Consulté le 20 octobre 2016
- [4] Institut national de la statistique et des études économiques, Insee. Recensements de la population. Mis à jours juin 2016. [en ligne] https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012727#tableau-TCRD_012_tab1_departements Consulté le 02 juillet 2016
- [5] Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle MH. Santé périnatale des femmes étrangères en France. Bull Epidemiol Hebdo. 2012;2-3-4:30-34
- [6] Vilain A, Gonzalez L, Rey S, Mutet N, Blondel B. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. Etudes et résultats. 2013;848:6p
- [7] Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. Bull Epidem Biol. 2012;2-3-4:5-8
- [8] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France : effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Revue économique;2009(60):385-411
- [9] Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. Econom Publ. 2009;1-2(24-25):73-100
- [10] Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada. 2001:155p
- Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm. 2001:118p
- [11] Cognet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. Rev Eur Migr Int. 2012;28(2):11-34
- [12] Corre F. Devenir mère en situation d'immigration : le vécu de femmes de la grossesse au post-partum. Enquête qualitative réalisée à la maternité du CHRU Morvan de Brest d'octobre à décembre 2015. Mémoire sage-femme. Université de Brest;2015:41p
- [13] Dupuy-Godin M, Lévy J, Verrier P, Saucier JF, Kowalski O. Immigration, grossesse et système médical. Une étude exploratoire. Université de Montréal;1997:435-446
- [14] Guilloto J. Les professionnels de l'obstétrique face à la violence conjugale. Vocation Sage-femme. 2009;68:22-25

- [15] Direction Générale de l'Offre de Soins, DGOS. Plan « périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004:44p
- [16] Eurogroup consulting. Fonds asile, migration et intégration. L'interprétariat dans le domaine de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale. 2016:36p
- [17] Gaudillière B. Se comprendre et accéder aux soins. *Maux d'exil*. 2008;24:3-4
- [18] Sauvegrain P. Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropol Soc*. 2013;37(3):119-137
- [19] Lamouche C. L'hôpital comme dernier recours. *Maux d'exil*. 2012;35:6-7
- [20] Drouot N, Tomasino A, Pauti MD, Corty JF, Luminet B, Fahet G et al. L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000. *Bull Epidemiol Hebdo*. 2012;2-3-4:41-44
- [21] Auzet L, Maillochon A, Insee, Tiercin Le Meur, DRJSCS. Les immigrés en Bretagne: des profils qui se diversifient fortement. *Insee Analyses Bretagne*. 2015;19:4p
- [22] Comede, Comité médical de santé pour les exilés. *Migrants/étrangers en situation précaire : Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*. 3ème édition. 2015:543p
- [23] Perrin AS, Drain E, Sarot A, Moro MR. Comment soutenir l'arrivée au monde d'un enfant de mère migrante dans une maternité française : entre urgence somatique et urgence psychiatrique, le temps de la reconstruction... *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2015;64(1):5p
- [24] Veïsse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bull Epidemiol Hebdo*. 2012;2-3-4:36-40
- [25] Aïdan P, Djordjevic D. Femmes exilées et violences spécifiques. *Maux d'exil*. 2007;20:1-3
- [26] Comede, Comité médical de santé pour les exilés. *La santé des exilés : rapport du Comede 2014*. 2014:132p
- [27] Munoz M, Kapoor-Kohli A. Les barrières de la langue : comment les surmonter en clinique ? *Le Médecin du Québec*. 2007;42(2):45-52
- [28] Janicki J. Du déplacement physique au déplacement culturel : l'influence de la culture d'origine sur la maternité des femmes migrantes. *Les dossiers de l'obstétrique*. 2016;461:39-42

ANNEXE I : Guide d'entretien

THEMES	RELANCES
<p>Données socio-démographiques de la population <i>pouvez-vous me raconter brièvement votre parcours de sage-femme ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - âge/sex - durée de pratique du métier ? - comment en êtes-vous arrivé à faire de la consultation ?
<p>Prise en charge femme immigrée versus femme d'origine française <i>comment se déroule la consultation en général ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - vous arrive-t-il de prendre en charge des femmes immigrées ? - en quelle proportion ? De quelle origine ? - déroulement de la consultation par rapport aux femmes autochtones : différences ? - quel est votre ressenti global dans cette prise en charge ? - formation spécifique ?
<p>Difficultés rencontrées dans la prise en charge <i>pouvez-vous me raconter quelles difficultés vous rencontrez lors de vos prises en charge de femmes immigrées ?</i></p>	<p>LINGUISTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - patiente allophone : proportion, accompagnants <p>CULTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - tenues vestimentaire (gêne, modification comportement), rapport au corps, excision, religion, place de l'homme, habitudes alimentaires <p>ADMINISTRATIF</p> <ul style="list-style-type: none"> - présence aux rendez-vous, observance des traitements, examens sanguins, explication du diagnostic/conduite à tenir ? <p>SOCIO- ECONOMIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - examens médicaux, matériel de puériculture, alimentation, hébergement - entourage
<p>Ressources <i>qu'en est-il de vos ressources pour vous aider dans la prise en charge ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - interprète professionnel [par téléphone/présence physique], personnel hospitalier parlant la langue - personne accompagnante - traduction sur internet - kit de communication - propres connaissances linguistiques - associations - préparation en amont d'une consultation
<p>Solutions <i>quelles solutions souhaiteriez-vous mettre en place pour améliorer la prise en charge ?</i></p>	
<p>Conclusion <i>avez-vous d'autres choses à ajouter/ remarques par rapport au déroulement de l'entretien ?</i></p>	

ANNEXE II : Principales ressources dans le domaine de la santé des migrants ¹

Revue et documents

Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire, Comede, DGS, INPES (diffusion gratuite sur commande auprès de l'INPES)

Hommes et migrations, Cité nationale de l'histoire de l'immigration (www.hommes-et-migrations.fr)

L'autre, cliniques, cultures et société (www.revues-plurielles.org)

Livret de santé bilingue en 23 langues, Comede, DGS, INPES (diffusion gratuite sur commande auprès de l'INPES)

Migrations société, la revue de Centre d'information et d'études sur les migrations internationales (www.ciemi.org)

Remisi, Réseau d'information sur les migrations internationales (<http://remi.revues.org>)

Terra, Travaux, études et recherche sur les réfugiés et l'asile (<http://terra.rezo.net/>)

Sites internet

Association Minkowska, Portail santé mentale et cultures (www.minkowska.com)

Le Comede, Comité médical pour les exilés (www.comede.org)

Médecins du monde (www.medecinsdumonde.org)

Migrations santé, comité médico-social pour la santé (www.migrationsante.org)

INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé (www.inpes.sante.fr et www.pourlasantepourtous.com)

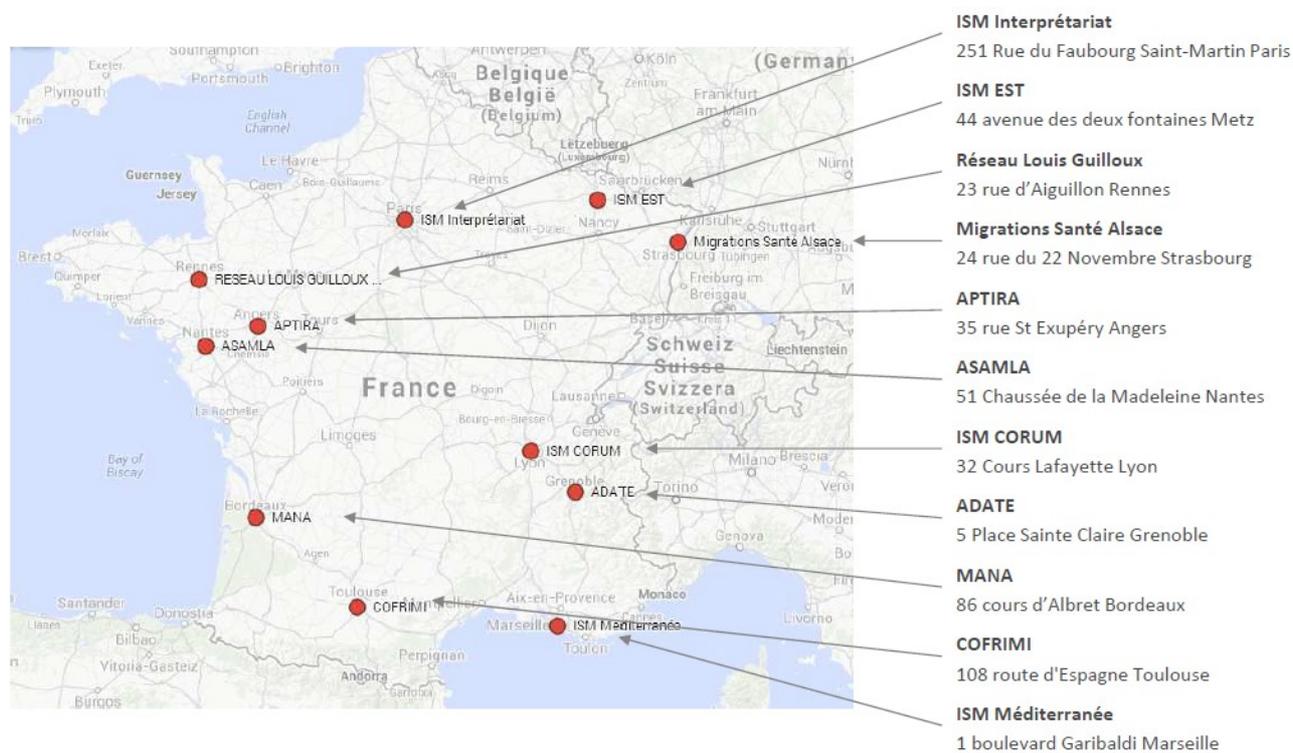
ISM interprétariat, Interservice-migrants (<http://ism-interpretariat.com/>)

OMS, Organisation mondiale de la santé (www.who.int)

Piscum, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (www.picum.org)

¹ Veïsse A, Aïna Stanojevich E. Traité de santé publique : Migration et santé. 2ème édition. Médecine-Sciences Flammarion ; 2006:509-514

ANNEXE III : Positionnement géographique des 11 signataires de la charte de l'interprétariat en milieu social en France ²



² Eurogroup consulting. Fonds asile, migration et intégration. L'interprétariat dans le domaine de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale. 2016:36p

RESUME

Objectif. Les sages-femmes sont amenées à prendre en charge de plus en plus de femmes immigrées. Ces dernières ont une moins bonne santé périnatale par rapport aux françaises de naissance. Les facteurs socio-culturels et linguistiques existant peuvent en partie être en cause. L'objectif de cette étude est d'identifier comment ces facteurs influencent la pratique des sages-femmes de consultations et quelles sont les difficultés qui en découlent.

Matériel et méthode. Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès de dix sages-femmes de consultations de centres hospitaliers du Finistère et du Morbihan.

Résultats. Pour la majorité des sages-femmes interrogées, la barrière de la langue est la principale des difficultés rencontrées dans la prise en charge des patientes immigrées. Le peu de moyens mis à leur disposition ne suffit pas toujours à la contourner. Elles énoncent aussi d'autres problématiques : la gestion de la précarité sociale qui est plus élevée dans cette population, le temps nécessaire en consultation ainsi que la méconnaissance de certains professionnels par rapport aux cultures et aux droits des personnes immigrées.

Discussion et conclusion. L'accompagnement des femmes immigrées nécessite la prise en compte des spécificités socio-économiques, juridiques, culturelles et linguistiques de cette population. Le développement de l'interprétariat professionnel, l'aménagement de consultations spécifiques ainsi que des études sur la santé des populations immigrées nécessiteraient d'être mis en place pour améliorer la prise en charge.

Mots-clefs : femme immigrée ; consultation ; difficultés ; culture ; communication

Titre : Différences socio-culturelles et linguistiques dans la prise en charge des femmes immigrées en consultation : quelle pratique pour les sages-femmes ? Étude qualitative réalisée dans le Finistère et le Morbihan d'octobre à novembre 2016.

Auteur : Hortense LE POTTIER

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2017