

Difficultés autour de la prise en charge des femmes non francophones pendant la grossesse : étude qualitative auprès des professionnels de santé d'une maternité de type III

Justine Gabriac

► **To cite this version:**

Justine Gabriac. Difficultés autour de la prise en charge des femmes non francophones pendant la grossesse : étude qualitative auprès des professionnels de santé d'une maternité de type III . Gynécologie et obstétrique. 2016. <dumas-01566840>

HAL Id: dumas-01566840

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566840>

Submitted on 21 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.



**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**DIFFICULTES AUTOUR DE LA PRISE EN
CHARGE DES FEMMES NON FRANCOPHONES
PENDANT LA GROSSESSE**

*Etude qualitative auprès des professionnels de santé
d'une maternité de type III*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Justine GABRIAC

Née le 25 05 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**DIFFICULTES AUTOUR DE LA PRISE EN
CHARGE DES FEMMES NON FRANCOPHONES
PENDANT LA GROSSESSE**

*Etude qualitative auprès des professionnels de santé
d'une maternité de type III*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Justine GABRIAC

Née le 25 05 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

Remerciements

Je tiens à remercier :

Madame Marion Brossier, sage-femme, d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Je te remercie d'avoir cru en mon projet et de m'avoir conseillée et encouragée tout au long de ce travail de recherche. Une attention particulière à ton humanité et ta bienveillance auprès de toutes tes patientes.

Madame Inès Parayre, co-directrice, de m'avoir guidée dans la méthodologie et la réalisation de ce mémoire ainsi que d'avoir répondu à mes nombreuses questions.

L'équipe pédagogique de l'école, et notamment **Monsieur Sylvain Gony**, de m'avoir initiée aux méthodes de l'analyse qualitative, de m'avoir conseillée et d'avoir répondu à toutes mes questions.

Professeur Didier Lemery, responsable du pôle FEE au CHU Estaing de Clermont-Ferrand, de l'intérêt et de son soutien pour la réalisation de mon projet.

Madame Florence Delpirou, sage-femme responsable du pôle FEE au CHU Estaing de Clermont-Ferrand, de m'avoir accordée la possibilité de réaliser mon projet en collaboration avec l'ensemble de l'équipe du pôle FEE.

Madame Nathalie Monier, sage-femme coordinatrice des soins au CHU Estaing de Clermont-Ferrand, d'avoir travaillé en collaboration avec moi pour produire un projet d'action concret.

Toutes les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens qui ont accepté de participer à mon étude et qui m'ont encouragée dans la poursuite de ce travail. Ainsi que **tous mes amis** et autres personnes qui ont accepté de participer généreusement à la traduction de mon projet d'action.

Mes parents pour leur soutien inconditionnel et leur investissement dans mes études.

Glossaire

AME : Aide médicale d'Etat

CECRL : Cadre européen commun de référence pour les langues

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire

CNGOF : Collège national des gynécologues-obstétriciens français

COMEDE : Comité médical pour les exilés

CSP : Code de la Santé Publique

DPC : Développement professionnel continu

FASILD : Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations

FEE (pôle) : Pôle femme et enfants

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MIG : Mission d'intérêt général

MIGAC : Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PRAPS : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OGDPC : Organisme de gestion du développement professionnel continu

OMS : Organisation mondiale de la santé

RSA : Revenu de solidarité active

RSPA : Réseau de santé périnatale d'Auvergne

SA : Semaine d'aménorrhée

UE : Union européenne

Sommaire

Introduction	1
Revue de la littérature	2
1. La population étrangère et immigrée en France	2
2. La communication	17
3. Le ressenti des soignants face aux difficultés de communication	19
4. Le suivi de grossesse en France	20
5. La formation en langue vivante étrangère	25
Population et méthode	29
1. Type d'étude	29
2. Durée de l'étude	29
3. Lieu de l'étude	29
4. Population et sélection des sujets	29
5. Le recueil des données	30
6. La retranscription des données	31
7. L'analyse des données	31
8. Aspect éthique et règlementaire	32
Résultats	33
1. Présentation de l'échantillon	33
2. Ressentis, opinions et difficultés lors de la prise en charge des femmes non francophones	34
3. Conséquences pour la pratique quotidienne	40
4. Solutions à mettre en place pour optimiser la prise en charge de ces femmes	48
Discussion	52
1. Atteinte de l'objectif de l'étude	52
2. Forces et faiblesses de l'étude	52
3. Les difficultés de prise en charge des femmes non francophones au cours de leur grossesse	53
4. Projet d'action	74
Conclusion	75
Références bibliographiques	
Annexes	

Historiquement, l'hôpital vient du mot latin « *hospitalis* » qui signifie hospitalité. Ce lieu d'accueil a pour mission, conformément aux lois en vigueur, de protéger la santé de chacun sans discrimination.

Le flux migratoire entraîne une augmentation constante de la population d'origine étrangère sur le territoire français, population qui conserve sa culture et sa langue natale. La part des patientes enceintes issues de l'immigration est donc en augmentation.

Les problèmes de communication entre la population d'origine étrangère et celle de la terre d'accueil sont donc plus fréquents, notamment dans le domaine de la santé. La barrière linguistique rend l'intégration de cette population dans le système de soins difficile et les professionnels de santé peuvent se heurter à des difficultés dues aux différences de langues et de coutumes.

Ce manque de communication a de nombreuses conséquences qui peuvent entraver la prise en charge des patientes au cours de leur grossesse et altérer la qualité des soins. Plusieurs études ont mis l'accent sur ces difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de ces femmes ne parlant pas couramment la langue du pays d'accueil.

Pour promouvoir une égalité dans le suivi de grossesse, il devient alors primordial de s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre en tant que soignant pour favoriser la communication entre la patiente enceinte non francophone et le corps médical.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé, de la maternité de type III de la région Auvergne, lors de la prise en charge des femmes enceintes non francophones.

Revue de la littérature

1. La population étrangère et immigrée en France

1.1. Définition

Les notions d'étrangers et d'immigrés sont souvent confondues. La diversité des termes employés (migrants, population d'origine étrangère, immigrants, exilés) montre la difficulté à caractériser cette population. Pour la bonne compréhension de ce mémoire, les définitions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) seront prises en compte.

« Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas de personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme française. Un étranger n'est pas forcément un immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) (1). » Un étranger peut également être un touriste, effectuant un voyage dans le territoire français.

« Un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. A l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité, qui définit l'origine géographique d'un immigré (2). »

1.2. Chiffres

1.2.1. En France

La France est une terre d'accueil (3). Depuis 1921, la part des populations étrangère et immigrée ne cesse d'augmenter. Selon l'INSEE, en 2011, les étrangers représentaient 6,0% de la population française totale et les immigrés 8,7% (4) ; ce qui classait la France au 9^{ème} rang des pays de l' Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (5).

Cette population arrive majoritairement du Maghreb et d'Asie mais aussi du Moyen-Orient, d'Afrique francophone et non francophone. En effet, 58% des étrangers présents sur le territoire français étaient originaires du Maghreb et de Turquie. Enfin, quelques personnes, en plus faible proportion, viennent d'Amérique et d'Océanie (5,6). Cette population s'élevait à 3 980 635 personnes en 2012 (7). (Annexe I)

Les touristes représentent quant à eux 70 millions de personnes qui traversent le territoire chaque année (8).

1.2.2. En Auvergne

La population d'Auvergne a connu une baisse continue jusqu'en 1999. Entre 2006 et 2011, un flux migratoire a entraîné une augmentation de la population auvergnate. La région a gagné 14 750 habitants, soit en moyenne une hausse de 0,2% par an, due uniquement à cet excédent migratoire (9).

1.3. Admission en France

Le nombre de demande d'asile est en constante augmentation (10% en 2011). Pour rappel, la demande d'asile est une protection accordée par un Etat d'accueil à un étranger qui ne peut, contre la persécution, bénéficier de la protection des autorités de son pays d'origine (10). La France se classe au 1^{er} rang européen et au 2^{ème} rang mondial des pays recevant des demandes d'asile (5).

L'immigration régulière est prédominante. Il s'agit d'immigrés résidant en France avec un titre administratif de séjour valable et un visa en règle légalement (11). Selon les données de 2011, le motif principal d'admission au séjour était

l'immigration familiale (40%) suivie par les visas étudiants (33,7%) puis par le flux professionnel (9%). En effet, la politique gouvernementale avait pour objectif de faciliter l'entrée dans le territoire des hommes d'affaires contribuant de manière notable aux relations bilatérales entre leur pays et la France, des étudiants et des travailleurs qualifiés répondant au marché du travail (5).

En 2011, la majorité des visas a été délivrée à des personnes provenant de l'Europe hors espace Schengen (12) (Annexe II), d'Asie-Océanie, du Maghreb et du Moyen-Orient.

La loi du 16 juin 2011 (13) relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité stipule que les étrangers demandant une autorisation de séjour doivent maîtriser la langue française, connaître l'histoire et la culture du pays, ainsi que les droits et les devoirs conférés par la nationalité française. Cette loi s'est traduite par une diminution des naturalisations de 30% (5).

Les étrangers en situation irrégulière (personnes ne bénéficiant pas d'un statut juridique dans un pays de transit ou d'accueil ; quiconque pénètre dans un Etat sans autorisation ou est entré dans un Etat légalement mais n'a plus d'autorisation de séjour (14)) sont de plus en plus nombreux mais leur nombre reste bien moindre que ceux en situation régulière. La politique en vigueur lutte contre l'immigration clandestine : le gouvernement augmente les répressions des infractions et lutte contre le travail clandestin du côté des travailleurs mais aussi des employeurs (5).

1.4. Part féminine

La population étrangère tend à se féminiser et à rajeunir, mettant à l'ordre du jour le problème de la périnatalité (15). En 2010, 13,4% des femmes enceintes étaient de nationalité étrangère (16).

Parmi ces femmes, 4,8% étaient de nationalité maghrébine, 3,3% étaient originaires d'un pays d'Europe (dont la Turquie), 2,8% venaient d'Afrique Subsaharienne, et 2,4% arrivaient d'Asie. Une grande partie était arrivée en France depuis moins de 3 ans (17).

De plus, la fécondité des femmes d'origine étrangère est supérieure à celle des françaises, ce qui rend le sujet du suivi de grossesse plus important (15).

1.5. Caractéristiques sociodémographiques

1.5.1. Généralités en France

Les femmes de nationalité étrangère présentent des caractéristiques sociodémographiques différentes des femmes françaises. Elles sont souvent multipares, ont un niveau d'études inférieur, sont plus souvent mariées mais vivent deux fois plus seules. Elles sont plus souvent sans emploi et leur foyer bénéficie plus fréquemment des allocations chômage ou du Revenu de solidarité active (RSA). L'indice de masse corporelle (IMC) des Africaines est supérieur à celui de la population féminine française tandis que celui des Asiatiques est inférieur (17).

De nombreuses études ont établi un lien entre la précarité et l'origine étrangère. La précarité peut se définir comme l'ensemble des situations de difficultés sociales ayant pour conséquence l'instabilité. Les femmes étrangères non francophones sont surreprésentées parmi les personnes en situation de précarité. Le manque d'argent, de moyens, empêche une sécurité au quotidien et pour l'avenir. Cette situation va de pair avec une absence de profession, de couverture sociale et de logement personnel. Ces conditions de vie vétustes rendent la venue d'un enfant délicate (6,18–24).

La grossesse liée à la précarité est une urgence médicale qu'il est important de repérer précocement pour adresser ces femmes à des institutions compétentes (25).

Dans la plupart de ces études, parmi les femmes étrangères : 14,3% à 65% ne parlaient et ne comprenaient pas le français (18,19). Etre non francophone constitue un facteur d'isolement à risque pour ces femmes dont l'accès au travail et la situation administrative sont des handicaps majeurs ; ce qui conduit à des situations économiques difficiles (19).

1.5.2. Au sein de la maternité de type III de la région Auvergne

En 2013, Supplisson lors de son étude auprès de patientes enceintes immigrées suivies à la maternité de type III de la région Auvergne, avait mis en évidence que plus de la moitié de ces femmes étaient sans emploi et vivaient sur les ressources de leur conjoint. Toutefois, une majorité d'entre elles avait poursuivi leurs études dans l'enseignement supérieur. Elles étaient âgées en moyenne de 29 ans et vivaient en France depuis 6 ans. Ces femmes bénéficiaient pour la moitié d'une sécurité sociale et d'une mutuelle, rattachées à leur conjoint actif professionnellement (26). Parmi ces femmes, 6% d'entre elles vivaient seules et étaient considérées comme mères isolées sans famille proche ; la plupart venant d'Afrique Noire (26).

Dans cette population, près d'un quart des femmes bénéficiait d'un suivi social pour violences conjugales, difficultés financières, dépression, réfugiée politique, mère isolée ou grossesse issue d'un viol. Certaines femmes avaient laissé leur famille dans leur pays d'origine pour venir accoucher en France (26).

1.6. Approche interculturelle : anthropologie

1.6.1. Définition

L'anthropologie est une science qui étudie l'homme en société dans ses différentes dimensions. Elle étudie les rapports sociaux propres à chaque groupe humain et à chaque situation (27).

1.6.2. Approche interculturelle autour de la grossesse

Les étrangers vivant en France sont soumis à une double problématique : la séparation et l'adaptation dans un nouvel environnement (15).

L'accueil au sein de l'hôpital et de la maternité est difficile. Aujourd'hui, l'hôpital est hyper médicalisé et se désocialise. Les nombreux dépistages et le suivi protocolaire de la grossesse inscrivent la relation entre professionnel et patient dans un lien technique, laissant fréquemment le côté humain au second plan. Pour les femmes étrangères, l'absence de gestes, de paroles familières, de rituels est souvent difficile à

vivre. Ce malaise et cette angoisse sont renforcés par la barrière linguistique qui réduit les possibilités d'une communication rassurante (15).

Les femmes immigrées sont souvent catégorisées. Selon l'étude de Nacu, elles sont réputées plus difficiles car moins observantes (probablement lié à un problème de communication imputé à la langue, au niveau d'éducation ou à la notion de ponctualité). Elles sont aussi vues plus faciles et moins demandeuses lorsqu'elles concourent aux routines médicales en suivant l'avis du praticien sans le remettre en question (19,28). L'implication de ces patientes semble donc valorisée lorsqu'elles ne contrarient pas les pratiques médicales et critiquée quand elles les contestent (19).

Ces stigmatisations peuvent contribuer à conditionner la relation soignant-soigné et à peut être renforcer les inégalités dans le domaine de la santé. Il est difficile de faire de la prévention et d'assurer le suivi de ces femmes qui paraissent manquer d'intérêt ou de compréhension pour le dépistage. Déroger à certaines étapes de la surveillance anténatale peut poser plusieurs problèmes, notamment des risques médico-légaux et le recours à des examens et à des consultations en urgence. Le suivi de ces patientes remet donc en question les routines médicales. Ce suivi peut être perçu par les professionnels de santé comme plus chronophage (19,28,29).

La prise en charge et l'accompagnement de ces patientes représentent une part importante de l'activité hospitalière dans les secteurs de maternité et entraînent la mise en place de dispositifs d'accueil, tels que les systèmes de permanence d'accès aux soins (PASS) (19). Ce service est présent dans 400 structures de soins à travers la France et permet aux populations arrivées en France depuis moins de 3 ans et sans couverture sociale ou ne parlant pas la langue française de bénéficier d'une aide sociale et d'un service minimal de soins, avec des consultations médicales générales et spécialisées (30,31).

Les conditions de vie difficiles et le cadre parfois rigide du système de santé peuvent expliquer d'éventuelles difficultés pour ces populations à se conformer au suivi prénatal recommandé. Les observations de Nacu ont également montré que ces femmes semblaient moins prédisposées à entrer dans une relation de négociation avec l'équipe médicale, mais plutôt dans une relation de fuite ou d'évitement (28).

Selon une étude d'ethnopsychiatrie réalisée par Nacu en 2010, le culturalisme (ensemble des idées de l'école anthropologique « culture et personnalité », qui considère que chaque culture donnée modèle une personnalité individuelle typique, une structure psychologique, des idées, une mentalité, un comportement particuliers) expliquerait les comportements « déviants » de ces patientes. Le discours des soignants tend parfois à culturaliser les populations d'origine étrangère. Certains confondent la religion, l'ethnie et la culture. Nombre d'entre eux pensent que la religion va influencer fortement la patiente et que celle-ci n'aura pas un véritable choix individuel et personnel ; notamment dans le cas des femmes musulmanes. Le choix n'est pas reconnu comme tel et il est imputé à l'incompréhension ou à une obéissance passive à la tradition. Le soignant s'intéresse alors moins à la patiente (28).

La différence de langage et l'incompréhension des femmes remettent en doute la liberté de choix de la patiente et son effectivité dans le consentement éclairé, co-auteur de la décision médicale. L'avis de ces patientes est plus rarement demandé et elles n'arrivent peut être pas toujours à exprimer leurs demandes (28).

L'approche périnatale devrait intégrer dans ses outils de compréhension et d'action les composantes sociales et culturelles. La grossesse et la construction de la parentalité sont deux événements intimes, intrapsychiques et intersubjectifs. Les actes médicaux, sociaux et culturels devraient donc s'inscrire ensemble dans ce moment privilégié de la vie d'une femme (32).

Les femmes étrangères, et d'autant plus les femmes immigrées, vivent ce moment dans l'exil, loin de leurs racines et de leur famille. Traditionnellement la grossesse est un moment initiatique où la future mère, épaulée par le groupe, est préparée aux différentes étapes de la parentalité (32).

La migration entraîne une rupture dans ce processus de construction de la maternité. Malgré l'éloignement, la grossesse remet en mémoire les appartenances culturelles, mythiques et fantasmatisques. Les futures mères se retrouvent alors seules face à l'impossibilité de donner un sens culturel à leur tristesse ou leur sentiment d'incapacité (32). Le Comité médical pour les exilés (COMEDE) parle de traumatisme de l'exil, générant parfois une vulnérabilité. L'exil est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs (33).

Ces éléments d'ordre privé vont devoir se confronter aux règles et à la technique de la terre d'accueil. Ces pratiques inconnues peuvent apparaître comme violentes et traumatiques, notamment quand les actes sont effectués sans explication. Les soignants, de leur côté, prennent peu souvent en compte la dimension culturelle de la grossesse et de la parentalité. Ils appliquent les protocoles et oublient d'établir une relation de confiance, utile pour prévenir, soigner et comprendre les femmes (32).

Cependant, ces femmes ont besoin de se familiariser avec ces nouvelles techniques pour vivre cet événement de manière moins traumatisante et pour s'inscrire dans le système de soins du pays d'accueil (32).

La croissance de la technicisation autour de la naissance et la solitude des femmes immigrées et étrangères amènent le soignant à occuper un rôle majeur dans la naissance physique et psychique de l'enfant. Les rites culturels sont donc passés dans le domaine du médical, donnant toute son importance à l'accompagnement de ces patientes (34).

D'après une étude interrogeant les femmes migrantes de cinq pays différents (basée sur les données informatiques de 1989 à 2011 en Australie, au Canada, en Suède, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis), plusieurs problèmes ont été mis en évidence, dont la difficulté de compréhension due à la différence linguistique (35). Les patientes interrogées déclaraient ne pas avoir reçu des informations suffisamment claires ou adaptées. Elles avaient le sentiment d'un manque de respect, de jugements négatifs et discriminants à leur égard. Elles jugeaient que les temps d'attente étaient longs et que les soignants ne leur consacraient pas assez de temps. Elles étaient peu satisfaites de la qualité des soins qu'elles recevaient. Elles étaient plus anxieuses et avaient le sentiment de ne pas être les bienvenues à l'hôpital. Plusieurs recommandations ont alors été élaborées selon les remarques de ces femmes. Elles ont été synthétisées dans le « QUICK summary » (35) :

- Quality : la qualité des soins pour la mère et l'enfant doit être ciblée en fonction des besoins individuels
- Unrushed : les soignants doivent prendre le temps nécessaire pour donner les informations et les explications nécessaires pour aider ces femmes
- Involvement : les femmes doivent pouvoir donner leur avis dans les décisions à prendre concernant les procédures et les soins au cours de la grossesse

- Continuity : la continuité des soins doit être respectée
- Kindness : les soignants doivent faire preuve de bonté et de respect

1.7. Surveillance périnatale

1.7.1. Généralités en France

Les femmes étrangères bénéficient d'une surveillance périnatale moins performante que celle de la population française (15,36). Selon les enquêtes périnatales de 2003 et 2010, 62% des femmes non suivies et n'ayant pas eu de déclaration de grossesse étaient d'origine étrangère (15,36).

Les femmes étrangères ont un taux de suivi insuffisant et ne connaissent pas les examens de dépistage, d'autant plus si elles ont un bas niveau socioéconomique. Deux études ont montré un recours tardif aux soins (20,37) et une prise en charge retardée des complications ; induisant ainsi une surmortalité maternelle et périnatale (18).

Ces problèmes s'expliquent en partie par les difficultés d'accès aux soins (précarité, méconnaissance du système, absence d'aide sur place pour les orienter, manque d'information). L'importance du recours à des interprètes lors des consultations médicales prend alors toute sa valeur (18). Une enquête menée par le SAMU social de Paris a relaté d'autres obstacles à une prise en charge optimale : la méconnaissance des droits, la barrière linguistique et la peur de la dénonciation du fait de leur situation administrative (20). D'autres facteurs sont à prendre en compte comme l'antériorité de la grossesse à l'immigration et les problèmes psychologiques et sociaux (19).

Si les femmes arrivent à entrer dans le programme de soins, leur suivi reste insuffisant par rapport au reste de la population. Elles ont moins de sept consultations, moins de trois échographies, recommandées pour le suivi de grossesse, et moins recours au diagnostic anténatal. Par contre, elles recourent plus fréquemment à des consultations en urgence du fait de l'aggravation de leurs pathologies antérieures non traitées (20). La différence linguistique diminue l'accès aux soins de prévention et de base, ce qui amène une augmentation du nombre d'admissions en urgence à l'hôpital (29,38).

Ces femmes décrochent aussi beaucoup dans leur suivi. Elles manquent des rendez-vous, ne font pas tous les examens prescrits et ne prennent pas correctement leurs traitements (20).

Chez cette population, le diagnostic de grossesse est tardif car la grossesse n'est pas le premier objet de préoccupation. Elle passe souvent après le logement et l'alimentation. L'entrée dans le système de soins est fréquemment retardée, entraînant un obstacle dans le suivi de grossesse. La culture influe également sur ce suivi de grossesse ; dans beaucoup de cultures la grossesse doit rester cachée durant le premier trimestre (20).

De nombreuses femmes étrangères, surtout les plus précaires et les plus récemment arrivées en France, ont des difficultés à s'orienter dans un système de santé complexe et renoncent au suivi de leur grossesse (28,37).

De plus, la situation des femmes immigrées est très défavorable pour de nombreux indicateurs de santé périnatale (28).

Il existe des disparités importantes dans la prise en charge médicale de ces femmes. La qualité de soins reste inférieure, même après contrôle du niveau socioéconomique (28).

D'après l'étude menée par Philibert, la nationalité étrangère était associée à un risque significativement augmenté de décès maternels par complications de l'hypertension et des infections. Les soins étaient quant à eux plus souvent moins optimaux que ceux des françaises (78% vs 57%) (25).

La précarité, liée à l'ethnie, entraîne plus de complications au cours de la grossesse, notamment l'anémie, les infections urinaires et génitales, la menace d'accouchement prématuré. Et les patientes dans cette situation sont plus souvent hospitalisées (19,37).

Ce défaut de surveillance est d'autant plus regrettable que ces femmes posent des problèmes spécifiques. En effet, elles présentent plus souvent une séronégativité vis à vis de la toxoplasmose et de la rubéole, une carence en fer, une hémoglobinopathie imposant un dépistage et un conseil génétique, un portage de l'antigène HBS, un portage du virus de l'immunodéficience humaine avec un risque de transmission à

l'enfant. Les problèmes vasculaires, notamment l'hypertension artérielle gravidique et le diabète gestationnel sont plus fréquents chez les femmes africaines (15).

La grossesse et l'accouchement de ces femmes sont plus souvent compliqués d'hypotrophie fœtale, d'hémorragie de la délivrance et du post partum (17). Elles bénéficient moins souvent d'une analgésie péridurale. Elles ont plus fréquemment des accouchements dystociques ou prématurés. A la naissance, le score d'Apgar à 5 minutes est plus souvent inférieur à 7 et les transferts néonataux sont plus fréquents. Les complications néonatales et en suites de couche sont également plus fréquentes (19,37).

Une prévention des complications est importante dès le début de la grossesse. Cependant, les difficultés de ces familles immigrées contraignent les soignants à modifier leur pratique et à s'adapter. Il faut alors modifier son propre cadre pour accueillir ces femmes et pouvoir passer le relais à des organismes plus spécialisés qui pourront plus facilement faire le lien entre le lieu de soin et de prévention et les impératifs des femmes (32).

La patiente immigrée peut méconnaître les examens de grossesse que le soignant peut lui proposer. Et ce dernier peut sous-estimer le besoin d'attention, de temps et d'explications supplémentaires que justifie la prise en charge d'une patiente récemment immigrée. Un défaut de compréhension pourrait entraîner une interaction négative entre la patiente et le professionnel de santé (18).

La grossesse est également une période de vulnérabilité pour la femme qui va devenir mère. La dimension psychologique a donc une place importante dans le suivi de la femme enceinte. Le professionnel de santé doit aider la mère à penser son bébé, à l'investir et l'accueillir malgré la solitude dans laquelle elle se trouve. Afin de mieux reconnaître le désarroi et l'angoisse des femmes immigrées, les professionnels doivent se baser sur les plaintes somatiques, les plaintes par rapport au bébé, les demandes d'aides sociales. Si la situation le permet, un interprète peut aider à cette prise en charge. Cependant, l'accès immédiat ou retardé à des interprètes au sein des hôpitaux est parfois compliqué à mettre en œuvre. Faire appel à une personne de la même communauté que la patiente peut être une autre solution (32).

Comme l'ont démontré plusieurs psychologues et psychiatres, notamment Titran en 2004, une femme laissée seule, sans écoute, peut s'imaginer qu'elle ne peut pas être une bonne mère. Et cette solitude peut l'amener à vouloir échapper à toutes les mesures préventives. Une prise en charge précoce et un discours rassurant du professionnel de santé pourraient aider ces femmes à construire une relation de confiance et à se sentir à la hauteur de leur enfant à naître. Ainsi, elles se sentiront plus investies dans leur grossesse et seront plus assidues dans la démarche de prévention et de suivi de la grossesse (39).

Pour le personnel médical, ces situations peuvent être sources de stress et complexifient la charge de travail en demandant plus de temps et d'énergie (29).

1.7.2. Au sein de la maternité de type III de la région Auvergne

Supplisson a observé lors de son étude que ces patientes étaient multipares et avaient en moyenne trois enfants. La grossesse était inopinée chez 18,06% des femmes.

Les déclarations de grossesses ont été réalisées pour 68,6% des cas au premier trimestre. Le premier contact dans le réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA) avait lieu en moyenne à 18,94 SA.

La majorité des femmes bénéficiaient d'un suivi mixte par deux professionnels au cours de leur grossesse : soit par une sage-femme hospitalière et un gynécologue-obstétricien hospitalier, soit par une sage-femme hospitalière ou un gynécologue-obstétricien hospitalier et une sage-femme de la protection maternelle et infantile (PMI).

Le nombre de consultations de routine était en moyenne de 5,03. Et le nombre de consultations en urgence était en moyenne de 1,45. Le nombre d'échographies de surveillance durant la grossesse était en moyenne de 3,6.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ont été suivies par 12% des patientes. Les femmes ayant réalisé ces séances venaient principalement d'Asie Orientale et d'Amérique du Sud (26).

1.7.3. Pathologies de la grossesse en fonction de l'ethnie

L'état de santé des immigrés semble se dégrader depuis le début des années 2000. En effet, les migrants adoptent des habitudes de vie moins favorables à la santé, notamment liées à la précarité et à la pénibilité des emplois, qui entraînent une augmentation de la consommation d'alcool, de tabac et une obésité plus fréquente. Le soutien familial et social est également plus faible du fait du déracinement. Cette perte du lien social contribue à la dégradation de l'état de santé de ces femmes (6).

L'étude réalisée par Supplisson avait mis en évidence plusieurs pathologies retrouvées fréquemment chez les femmes immigrées.

Ces patientes souffraient plus fréquemment de pathologies antérieures à la grossesse comme l'anémie, le plus souvent chez les femmes africaines.

L'infection urinaire concernait l'ensemble des femmes indépendamment de leur origine géographique, avec une légère prédominance chez les Maghrébines.

L'infection génitale était plus fréquente chez l'ensemble de la population immigrée mais plus particulièrement chez les femmes d'Europe de l'Est.

De nombreuses femmes étaient également en surpoids voire en obésité avant la grossesse (26).

Cette population était aussi sujette à des pathologies gravidiques.

Les femmes d'Europe de l'Est et d'Asie, notamment celles en surpoids ou en obésité, présentaient plus fréquemment un diabète gestationnel non insulino-dépendant.

L'hypertension artérielle gravidique sans protéinurie était fréquemment rencontrée, notamment chez les femmes d'Afrique Noire.

La menace d'accouchement prématuré, la rupture prématurée de la poche des eaux, l'accouchement prématuré, une mort fœtale in utéro suite à un hématome rétro-placentaire ou un syndrome des anti-phospholipides, ont été retrouvés chez ces patientes.

D'autres pathologies ont été remarquées : une thrombopénie gestationnelle, une immunisation contre la toxoplasmose pendant la grossesse, une hépatite B chronique, un paludisme ou une varicelle au cours de la grossesse (26).

Concernant les antécédents gynécologiques, les traitements par laser pour le Papillomavirus humain, les condylomes, la bartholinite, l'herpès génital, les fibromes, les kystes ovariens, les nodules mammaires, les polypes et l'endométriose sont fréquemment retrouvés (26).

La plupart des patientes n'avaient pas bénéficié d'hospitalisation. Néanmoins les femmes d'Europe de l'Est semblaient plus à risque d'être hospitalisées au décours de leur grossesse (26).

1.8. Aide d'accès aux soins

1.8.1. Couverture maladie universelle

La CMU est attribuée aux personnes n'ayant pas droit à l'assurance maladie, sans condition de ressources. Pour en bénéficier, la personne doit résider en France depuis au moins trois mois et ce de manière régulière. Dans le cas où le revenu de la personne dépasse un certain seuil, une cotisation peut être demandée.

La CMU donne droit aux remboursements des soins et des médicaments.

Une couverture complémentaire, la CMUC, peut s'ajouter à la CMU de base sous conditions de revenus. Elle dispense l'avance de frais médicaux et prend en charge le ticket modérateur (40).

1.8.2. Aide médicale d'Etat

L'AME est accordée aux étrangers résidant en France de manière irrégulière depuis au moins trois mois et sous conditions de ressources. Pour chaque personne majeure, un règlement d'un droit annuel est demandé.

Pour les étrangers vivant en France depuis moins de trois mois, il existe un fond pour les soins vitaux et urgents (soins pour les mineurs et les femmes enceintes notamment) (41).

1.8.3. Autres dispositifs

Des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) oeuvrent pour une équité concernant les mesures de santé. Dans ce cadre, des espaces d'accueil sont mis à disposition pour les personnes en situation de grande précarité : les PASS, les lits haltes soins santé et les centres d'hébergements. Certains de ces centres sont réservés à l'accueil des femmes enceintes (33). Dans le Puy-de-Dôme, les femmes enceintes ne sont pas systématiquement prioritaires pour l'attribution des logements d'urgences proposés par le 115 avant le 6^{ème} mois de grossesse. Des conditions sont requises pour qu'elles puissent en bénéficier avant 24 SA dont celle d'avoir un certificat médical justifié par une pathologie gravidique. Les enfants de moins de trois ans sont prioritaires. Ce système permet donc de loger ensemble une femme enceinte et ses jeunes enfants mais le père, lui, n'est pas prioritaire. Cette situation peut aboutir à une séparation des familles pouvant compliquer la prise en charge de la patiente.

Les centres de PMI permettent à des femmes aux revenus modestes et en situation de vulnérabilité psychosociale de bénéficier de consultations gratuites (37).

Dans le Puy-de-Dôme, le Conseil Départemental, via la PMI, finance les soins des femmes enceintes sans ressources durant les trois premiers mois de la grossesse. De même, la maternité de type III de la Région Auvergne dispose d'un budget pour les « soins urgents ». Cette aide financière est proposée aux femmes enceintes sans ressources ni droits lorsqu'elles sont hospitalisées ou viennent consulter en urgence. Cependant, l'aide prend fin dès la sortie d'hospitalisation et ne prend pas en charge la suite du suivi de grossesse.

L'Aide sociale à l'enfance suit également les femmes enceintes en situation de précarité jusqu'aux 3 ans de l'enfant (37).

Des associations aident aussi à prendre en charge ces femmes comme le SAMU social qui propose des centres d'hébergement d'urgence, Emmaüs, Solidarité santé et d'autres associations propres à chaque ville (37).

Les réseaux de périnatalité permettent un meilleur suivi des femmes, et les staffs une prise en charge conjointe entre les différents professionnels pour adapter la surveillance des femmes selon leur situation personnelle (37).

1.8.4. Prise en charge de la grossesse

Du fait de leur grossesse, la majorité des femmes peut bénéficier du droit commun (AME, CMU). Cependant les examens complémentaires et les thérapeutiques se rapportant à la grossesse sont pris en charge à 100% qu'après 24 SA et ce jusqu'à 12 jours après l'accouchement. En effet, à partir du premier jour du 6^{ème} mois de grossesse, la couverture maternité permet un remboursement à 100% pour l'ensemble des femmes et pour tous les frais médicaux se rapportant ou non à la grossesse.

Avant cette date, seuls les examens obligatoires sont à 100% remboursés et la prise en charge dépend de l'aide dont bénéficie la femme ; ce qui ne correspond pas à la réalité de ce qui est prescrit en consultation. L'avance des frais constitue un frein pour ces patientes. De plus, régulariser leur situation auprès de la sécurité sociale peut prendre un temps variable, ce qui limite l'accès aux soins durant cette période (20,42).

Dans les cas d'immigration, l'irrégularité du suivi médical de la grossesse est liée au statut administratif des patientes. Le déficit de prise en charge dans leur pays d'origine et leur culture centrée sur la maternité peuvent les rendre avides de soins médicaux pour la protection de leur enfant (19).

2. La communication

2.1. Définition

D'après la définition du Larousse, la communication est l'« action de transmettre quelque chose », « de mettre en relation des choses » (43).

La manière de transmettre ces informations est variable et rend la communication complexe.

Ce système comprend :

- un émetteur à l'origine du message
- un récepteur qui reçoit le message
- un référent qui correspond au sujet de la discussion
- un canal qui véhicule le message
- un code qui correspond à l'ensemble des règles et des signes émis par l'émetteur et compris par le récepteur
- un message ou contenu des informations transmises
- un feed-back qui est la réaction du récepteur à la réception du message
- les bruits qui perturbent et affectent la communication (44)

La communication est très importante et rend possible les relations humaines.

C'est un système complexe qui amène souvent à des discordances entre le message transmis par l'émetteur et le message compris par le récepteur. Dans le système de la santé, ces discordances entravent la qualité des soins. Il faut donc être vigilant à la transmission des informations (29).

La langue est la forme de communication la plus utilisée. La différence linguistique est donc un problème lors de la prise en charge des femmes non francophones. Il ne faut néanmoins pas oublier de tenir compte de la communication non verbale : mimiques, gestuelles, attitudes, qui peuvent en dire beaucoup sur les interlocuteurs (29).

2.2. Conséquences sur la santé

D'après le Référentiel Métier, la communication est un domaine important où la sage-femme doit être performante. Elle doit développer ses compétences dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes et des enfants. Elle doit apporter des informations claires et accessibles à chaque femme. Elle doit concevoir des stratégies pédagogiques variées pour une écoute efficace. Ceci implique que la sage-femme doit s'adapter lorsqu'une femme ne parle pas français et trouver un moyen pour communiquer de manière efficace, et au mieux être capable de communiquer en langues étrangères. La sage-femme doit également s'impliquer dans les réseaux de santé avec

tous les acteurs de la périnatalité, s'engager dans les instances participant au fonctionnement du système de santé (45).

La qualité des soins peut être altérée par une mauvaise compréhension du message du fait de la barrière linguistique, que ce soit du point de vue du soignant ou du patient, ce qui crée des malentendus pouvant conduire à des erreurs médicales ou des omissions de soins. De plus, les patients reçoivent souvent moins d'informations concernant le schéma thérapeutique, ils ne comprennent pas la notice des médicaments ce qui peut conduire à des erreurs de posologie ou de médicaments (6,29,38).

En 2010, 52% des consultations faites par le COMEDE ont eu lieu en langues étrangères. Les études réalisées ont montré que la non maîtrise de la langue du pays d'accueil était corrélée à un risque supplémentaire d'être en mauvaise santé (6).

D'après la Haute autorité de santé (HAS), la communication est d'autant plus importante qu'une information délivrée précocement a une influence positive sur le déroulement de la grossesse et favorise la participation active de la femme. Bien informer c'est consacrer du temps à l'information de la femme tout en lui apportant une écoute attentive. Cette information doit être délivrée à travers un langage et un support adaptés. Si nécessaire, le professionnel doit proposer une consultation supplémentaire et des documents écrits. Cette information doit donc être adaptée à la femme et doit inciter à créer un dialogue (46).

3. Le ressenti des soignants face aux difficultés de communication

Les problèmes de communication impliquent des problèmes de compréhension. Les soignants se sentent démunis face à ces patientes ne parlant pas leur langue. Ils ne savent pas comment orienter leur suivi et disent avoir un véritable problème pour assurer le suivi et la prévention de ces patientes. Ils ne savent pas comment leur faire comprendre les enjeux d'une bonne prévention et des examens de dépistage. Dispenser une information claire et obtenir le consentement éclairé de la patiente est un véritable problème. Ils sont dans l'incapacité d'impliquer ces femmes dans les décisions médicales et ils se sentent exclus d'une relation de partage. De même, ils décrivent un problème : comment s'assurer que la patiente n'ait pas de questions (18,19,28,32,39)?

Les soignants peuvent avoir peur de ne pas dispenser une prise en charge adéquate. Ils craignent de passer à côté d'une pathologie non diagnostiquée ou de ne pas pouvoir la prévenir en informant la patiente de la conduite à tenir et des éléments de prévention à respecter au cours de la grossesse, et sont inquiets de commettre une erreur médicale par omission (20,29).

Ils voient ces femmes comme des patientes nécessitant plus d'implication de leur part (28). Ils ont conscience que les patientes non francophones sont souvent étrangères et en situation de précarité. Ils notent que ces femmes sont plus « *difficiles* » aux vues de leurs conditions socio-économiques défavorables et de leur origine, facteurs qui les rendent plus sensibles à de nombreuses pathologies, comme expliqué ci-dessus (19,28).

Ils se sentent d'autant plus en difficulté que ces patientes peuvent représenter une charge de travail plus lourde, sont parfois moins observantes, évitent parfois les soins et consultent plus souvent en urgence (19,20,28).

Le corps médical est déstabilisé par le stress de ces femmes. La plupart d'entre elles sont loin de leur famille et de leurs racines et abordent leur grossesse de manière moins sereine. Cette angoisse est ressentie et transmise aux soignants. Ils ne se sentent pas tous en capacité de rassurer les patientes ni de faire face à leurs peurs sans moyen de communication verbale (33,29).

Les professionnels de santé ont également des difficultés à adapter ou modifier leur pratique (32). Ils ressentent un véritable besoin d'aide pour cette prise en charge particulière jugée complexe et consommatrice de temps et d'énergie (8,20,29,47).

4. Le suivi de grossesse en France

4.1. Recommandations de la Haute autorité de santé

Des recommandations encadrent le suivi prénatal. Ces recommandations professionnelles sont élaborées par la HAS et s'inscrivent dans le plan périnatalité 2005-2007. Ces mesures visent à améliorer la qualité des soins et à développer une prise en charge plus humaine et plus proche autour de la naissance. Le souhait des femmes et

des couples ainsi que leur bien-être doivent donc être intégrés dans cette nouvelle offre de soins. Un objectif est aussi de repérer les situations à risque et d'adapter le suivi en conséquence (professionnels de santé et lieu d'accouchement). Ces recommandations s'appliquent à tous les professionnels impliqués dans la périnatalité, sans exception. Et chaque praticien, notamment les sages-femmes et les gynécologues, doit les respecter (48).

Elles préconisent : sept consultations au minimum au cours desquelles seront prescrits les examens nécessaires, trois échographies respectivement au premier, deuxième et troisième trimestre, huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité. A ce suivi classique, remboursé à 100%, peuvent s'ajouter des consultations spécialisées : psychologue, diététicienne, diabétologue...(49).

4.2. Référentiel métier

Le référentiel métier des sages-femmes, élaboré en 2010, a pour objectif de faire une mise à jour des compétences des sages-femmes et de promouvoir leur reconnaissance sociale.

Il se structure en trois axes complémentaires : le développement des compétences des sages-femmes, les qualités de la pratique sage-femme à développer (notamment la communication et la collaboration) et les compétences à acquérir.

L'axe 1 se construit autour de huit situations types, dont une intéressante pour ce mémoire : conduire une consultation prénatale.

Dans cette situation, la sage-femme doit réaliser un diagnostic en accueillant la femme et ses accompagnants, en reconstituant l'anamnèse, en réalisant l'examen clinique général et obstétrical et en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse. Elle doit être attentive au comportement et à l'attitude des femmes mais aussi être à leur écoute pour veiller à leur bonne adaptation psychologique, ou non, à la grossesse. Cette attention particulière au bien-être de la femme devra permettre à la sage-femme de mieux respecter son ressenti et sa culture.

La sage-femme doit ensuite décider d'une prise en charge et d'un accompagnement en faisant la déclaration de grossesse, en informant sur le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales, en prescrivant les examens nécessaires à la femme et en lui proposant une conduite à tenir pour le suivi de sa grossesse. Pour cela, elle doit établir une relation de confiance et un dialogue de qualité.

Enfin, la sage-femme doit effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge en accompagnant la patiente dans l'élaboration de son projet de naissance et en réalisant la synthèse dans le dossier médical (45).

4.3. Accès aux soins

Le réseau a pour but de favoriser l'accès aux soins, la coordination et l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire. Il permet la liaison entre les différentes structures hospitalières et libérales et entre les différents acteurs de la périnatalité afin de repérer les situations à risques (50,51).

4.4. Plan périnatalité 2005-2007

Le plan périnatalité 2005-2007 s'inscrit dans une politique d'amélioration des soins et de l'accueil de la mère et de l'enfant en proposant une offre plus humaine. Il favorise la prise en compte des problématiques sociales et psychologiques.

Ce plan se compose de cinq axes : plus d'humanité, plus de proximité, plus de sécurité, plus de qualité, meilleure reconnaissance des professionnels de la naissance (52).

Le premier axe prône plus d'humanité et s'adresse plus particulièrement à la prise en charge des populations défavorisées parmi lesquelles se trouvent de nombreuses femmes non francophones. Plusieurs solutions sont proposées pour aider ces femmes démunies aux conditions de vie précaires, aux comportements à risques et au manque de suivi (52).

La patiente sera orientée vers les professionnels concernés pour assurer son suivi médical (addictologue, psychologue, sage-femme, gynécologue-obstétricien).

Un entretien est mis en place au quatrième mois de grossesse pour améliorer l'état de santé des femmes enceintes et pour établir avec elles des actions éducatives et préventives. L'environnement psychologique est également à améliorer au travers de relations directes en face à face entre les soignants et les patientes pour plus d'attention et d'écoute (52).

Une réponse sociale est également proposée pour rétablir les droits sociaux de ces patientes. A travers les PRAPS, ces femmes vont bénéficier de plus de soutien et d'une plus grande équité en matière de santé. Des interprètes devaient également être mis à disposition des structures de soins par les Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (FASILD). Mais ce projet trop coûteux n'a pas vu le jour. Les structures de soins essaient donc de trouver leurs propres interprètes ou sont aidées par des associations (52).

Les PASS permettent également de favoriser l'accès aux soins des populations démunies. Ces accueils orientent les patients dans les différents services de l'hôpital et favorisent le retour dans le droit commun. Cependant leur développement reste limité. Il n'est pas l'outil privilégié des professionnels de la périnatalité et se voit attribuer un côté stigmatisant de consultation réservée à un public précaire (52).

Pour plus de proximité, des réseaux de périnatalité voient le jour pour créer une liaison entre les soins de villes, les hôpitaux et les PMI. De plus, les PMI vont faciliter l'accès aux soins de cette population en interagissant au plus près de leur foyer (52).

Un accès égal aux soins et la lutte contre l'exclusion sociale sont défendus dans le plan de périnatalité et relèvent des missions d'intérêt général de l'hôpital public. Ce plan permet donc la prise en charge des surcoûts de l'accueil de ces femmes en situation de handicap social par la Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) (37).

4.5. Législation

D'un point de vue législatif, une prise en charge différente des femmes étrangères et non francophones serait discriminante.

D'après le droit européen, et notamment la directive n°2000/78/CE, « *la discrimination indirecte se produit lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes d'une religion ou de convictions différentes... par rapport à d'autres personnes* » (53).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmi t . La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (54). Toute femme a donc droit au bien-être psychique et social au cours de sa grossesse, et ce quelles que soient ses conditions et sa langue maternelle.

En France, cette notion d'égalité existe depuis la révolution de 1789 et se retrouve dans la devise « *Liberté,  galit , Fraternité* ». Elle est également stipulée dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen : l'article premier déclare : « *les Hommes naissent et demeurent libres et égaux en dignité et en droit* » (55).

Le Code de la Santé Publique (CSP) régie la législation hospitalière. L'article L1110-1 stipule que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* » et qu' « *aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins* » (56).

L'article L1110-3 du CSP déclare que « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* » (56).

De plus, le Code de Déontologie des sages-femmes précise, dans l'article R4127-302, que celle-ci « *exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé* » (57).

L'article R4127-305 du Code de Déontologie des sages-femmes stipule que « *la sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-n  quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant* » (57).

L'hôpital doit fournir des soins de même qualité pour toutes les femmes ; que celles-ci soient françaises, étrangères, non francophones ou en situation de précarité. Il doit mettre en place des structures adaptées pour l'accueil de ces femmes, conformément à la loi contre les exclusions du 28 juillet 1998 (49). La charte du patient hospitalisé ajoute que « *la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité* » (48). Les établissements ont également la nécessité de rechercher « *le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français* » (52).

Le personnel devra lui aussi faire preuve d'égalité dans la prise en charge des femmes, conformément à la loi.

5. La formation en langue vivante étrangère

5.1. Une politique récente

Depuis 2000, l'Union Européenne, dont la France, essaie d'améliorer les compétences de l'ensemble de la population en langues vivantes. Ils visent que chaque citoyen puisse parler et comprendre deux langues vivantes étrangères, afin de faciliter la mobilité au sein de l'espace communautaire (58).

Un programme français est développé sur une base commune à l'ensemble des pays de l'Europe, défini par le Cadre européen commun de référence pour les langues (CECRL). Il implique de nouvelles pratiques et de nouvelles manières d'enseigner les langues, notamment des réalisations concrètes en classe et une pratique de l'oral majeure. Les niveaux de compétences sont harmonisés au sein des pays de l'UE avec l'acquisition de six niveaux (A1, A2, B1, B2, C1, C2) : la certification. Dix-neuf langues sont proposées mais les principales restent l'anglais, l'espagnol et l'allemand. (58).

5.2. Formation initiale de l'école élémentaire à la fin du cycle secondaire

L'enseignement d'une langue vivante étrangère peut commencer dès la maternelle avec des chants et des comptines (58,59).

Dès le cours préparatoire, l'apprentissage d'une langue vivante étrangère est obligatoire, à raison de 1h30 par semaine.

A la fin de l'école élémentaire, les élèves doivent être capable de communiquer simplement avec un interlocuteur qui parle distinctement (niveau A1 du CECRL) (58,59).

En classe de sixième, deux langues sont proposées dont l'anglais, et deux sont obligatoires à partir de la cinquième, et ce jusqu'en terminale, quelle que soit la filière. Chacune des langues vivantes est enseignée au rythme de 54h par an chacune (soit 2h30 hebdomadaires pour une langue et 5h pour deux langues). Des groupes de niveaux doivent être constitués pour un apprentissage adapté à chacun.

Il existe des parcours spécifiques. Les classes bilingues permettent de commencer la deuxième langue dès la classe de sixième. Les sections européennes dès la quatrième ou dès l'entrée au lycée permettent un enseignement renforcé avec 2h de cours hebdomadaires supplémentaires. Des ateliers pratiques sont également proposés dans le cadre de l'accompagnement éducatif.

Une troisième langue vivante est proposée de manière facultative dès le collège.

Les stages sont également promus dans ce nouveau programme et permettent aux élèves de partir pendant les vacances scolaires dans des pays étrangers pour s'immerger dans la langue.

Le niveau A2 doit être atteint à la fin du collège et implique que l'élève soit capable d'échanger des informations simples sur des sujets familiers et habituels. Le niveau B1 est le niveau visé pour la fin de la scolarité obligatoire et signifie que l'élève peut se débrouiller dans la plupart des situations rencontrées en voyage, raconter un événement, défendre une idée. Le niveau B2 est le niveau requis pour le baccalauréat et implique que l'élève peut comprendre l'essentiel d'un sujet concret ou abstrait d'un texte complexe, une discussion technique dans sa spécialité et communiquer avec aisance et spontanéité. Le niveau C1 signifie que la personne est autonome pour parler anglais dans n'importe quelle situation et le niveau C2 est obtenu après une maîtrise d'anglais (58,59).

5.3. Formation à l'école de sage-femme et à la faculté de médecine d'Auvergne

L'arrêté du 11 mars 2013 (60) relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme prévoit un enseignement en langue étrangère. Aucune information supplémentaire n'est donnée. Le choix de la langue et les modalités d'enseignements sont laissés au choix de chaque école.

L'anglais est souvent la langue étrangère choisie par les responsables des universités de médecine et des écoles de sages-femmes car c'est la langue la plus souvent utilisée pour la rédaction scientifique dans le domaine médical.

En Auvergne, la langue vivante proposée pendant les études médicales est l'anglais. Son enseignement se base sur l'anglais médical avec la compréhension des articles scientifiques, l'utilisation de vocabulaire médical et la communication avec les patients.

A l'école de sage-femme, l'apprentissage de l'anglais est obligatoire à raison de :

- 40h pour la deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques, sous forme d'enseignements dirigés
- 40h pour la troisième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques, sous forme de cours magistraux
- 20h pour la première année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques, sous forme d'enseignements dirigés
- 22h pour la deuxième année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques, sous forme d'enseignements dirigés

En médecine, l'anglais est enseigné actuellement de manière obligatoire au début des études :

- 32h en deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales, sous forme de travaux dirigés
- 32h en troisième année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales, sous forme de travaux dirigés

- 15h en première année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales, sous forme d'exercices dirigés
- supprimé à partir de la deuxième année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

5.4. Développement professionnel continu et formations complémentaires

Il existe plusieurs diplômes universitaires pour se perfectionner en anglais et notamment en anglais médical à travers la France.

En Auvergne, le Centre hospitalier universitaire propose une formation validée par l'Organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) et d'autres formations peuvent être dispensées auprès des professionnels de santé par l'hôpital, par des universités ou par des organismes privés.

Population et méthode

1. Type d'étude

Cette étude est une étude exploratoire de type qualitatif et compréhensif. L'objectif de recherche était de comprendre les difficultés éprouvées par les professionnels de santé dans la prise en charge des femmes non francophones afin de pouvoir proposer une solution pour optimiser cette prise en charge.

2. Durée de l'étude

Cette étude a été réalisée du mois de novembre 2015 au mois de janvier 2016.

3. Lieu de l'étude

Cette étude concernait les professionnels de santé au sein de la maternité de type III de la région Auvergne.

4. Population et sélection des sujets

L'ensemble des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens pratiquant des consultations d'obstétrique (suivi de grossesse, prévention, dépistage, séances de préparation à la naissance et à la parentalité, échographies, consultations d'urgence) au sein de la maternité de type III de la région Auvergne et acceptant de participer aux entretiens ont été inclus dans l'étude.

Un échantillonnage non probabiliste de convenance, basé sur le volontariat, a donc été réalisé.

Toutes les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens de la maternité ont été informés de la réalisation de cette étude par email sur leur adresse professionnelle, via les responsables de pôles. Ce courriel précisait les modalités et les objectifs de l'étude afin de solliciter leur participation. Un deuxième email de relance pour rappeler l'étude et ses objectifs a été envoyé un mois plus tard, toujours via les responsables de pôles.

Les participants volontaires pour l'étude ont ensuite été contactés par l'enquêteur pour fixer un rendez-vous d'une durée minimale prévisionnelle de 30 minutes, sur leur lieu et leur temps de travail.

Les rendez-vous ont eu lieu dans une pièce neutre, souvent le bureau personnel du soignant, ou une pièce isolée dans le pôle, avec pour seule présence l'enquêteur et le participant.

5. Le recueil des données

Pour mener cette étude, des entretiens semi-directifs, en face à face, ont été réalisés. Les conversations ont été enregistrées pour ne pas recourir à la prise de note et pour faciliter le traitement exhaustif des données à posteriori.

Une grille d'entretien a été établie autour de quatre thèmes : (Annexe III)

- Présentation de l'échantillon, renseignements généraux
- Ressenti et opinion des professionnels lors de la prise en charge des femmes non francophones
- Conséquences pour la pratique quotidienne
- Solutions à mettre en place pour optimiser la prise en charge de ces femmes

La grille d'entretien a préalablement été testée auprès de trois professionnels représentant les caractéristiques de la population, pour vérifier la bonne compréhension des questions.

Après vérification et validation de la grille d'entretien, les entretiens semi-directifs ont été réalisés. Ils ont débuté par des questions concernant les renseignements généraux afin de cibler la population puis une question ouverte sur le sujet et les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des femmes non francophones a été posée afin de laisser le soignant libre dans son discours. Par la suite, des questions ouvertes mais plus précises et reformulées ont été posées pour obtenir des réponses suffisamment développées (61,62).

Le principe de saturation des données (nombre d'entretiens nécessaires pour obtenir des réponses satisfaisantes en fonction des moyens humains et matériels, moment où les analyses des dernières interviews n'ont plus apporté de nouvelles interprétations, signalant la fin de l'étude) a été retenu pour mettre fin aux entretiens et au recueil des données (61–63).

6. La retranscription des données

Une transcription intégrale des entrevues a été réalisée dans la semaine qui a suivi chaque entretien sur le logiciel informatique Microsoft Word. Les enregistrements audio ont ensuite été détruits pour protéger l'anonymat des participants.

Les tapuscrits des entretiens ont été vérifiés pour valider la concordance des verbatim avec les propos des interviewés. Le contenu des discours a été retranscrit mot pour mot sans reformulation après deux écoutes préalables des enregistrements.

Cette retranscription représente un procédé important de l'analyse (64).

7. L'analyse des données

Dans un premier temps, une analyse verticale des données a permis d'étudier chaque entretien de manière individuelle afin d'en retirer les thèmes abordés. Cette analyse a rendu compte de la singularité de chaque entretien. Un codage ouvert a été réalisé ; c'est à dire que la grille synthétisant les différentes idées a été élaborée à partir du verbatim. Les catégories ont été codées selon une analyse syntaxique en découpant le texte intégral en phrases et morceaux de phrases.

Dans un second temps, une analyse horizontale de l'ensemble des entretiens a été réalisée. Les données recueillies ont été classées dans un tableau (65), via le tableur Excel de Microsoft, en fonction des grands thèmes structurant l'entretien et regroupées en sous catégories pour ordonner les données de manière organisée. Ce tableau a permis de mieux se représenter et d'analyser plus facilement le contenu des interviews afin de pouvoir repérer les similitudes et les divergences par thèmes. (Annexe IV)

Dans un troisième temps, les données ont été interprétées à l'aide d'une analyse inductive, puis thématique, sur la base des objectifs de recherche pour reconstruire la réalité telle qu'elle est perçue et répondre à l'objectif de l'étude (66,67).

8. Aspect éthique et réglementaire

L'accord des responsables de la maternité pour le déroulement de l'étude in situ, la mise à disposition de locaux pour les entretiens et la diffusion des mails d'information auprès des professionnels concernés, a été obtenu préalablement aux entretiens.

Les professionnels ont été informés de l'étude via leur adresse mail professionnelle par les responsables de la maternité.

Seuls les professionnels volontaires ont été contactés, après avoir consentis à transmettre leurs données personnelles dans le mail de réponse auprès de l'enquêteur. Lors de la prise de contact par mail ou par téléphone, les professionnels ont été informés :

- de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment, s'ils le souhaitent
- de l'enregistrement des entrevues

Le consentement écrit (Annexe V) des participants à l'étude a été requis auprès de chaque participant lors des entretiens en face à face et une fiche d'information concernant l'étude leur a été remise (Annexe VI), leur précisant les objectifs, le nom de l'enquêteur et la possibilité de contacter l'enquêteur à tout moment pour demander des renseignements complémentaires, pour modifier leurs propos ou pour se retirer de l'étude.

Les enregistrements audio, une fois retranscrits, ont été supprimés pour protéger l'accès aux informations personnelles des professionnels.

Les données ont été analysées afin de garantir l'anonymat des personnes interrogées.

Aucunes données personnelles ne figurent parmi les résultats.

1. Présentation de l'échantillon

Parmi les professionnels de la maternité, treize ont accepté de participer à l'étude. Parmi ces treize professionnels, les trois premiers ont été sélectionnés pour tester la grille d'entretien. Les résultats de ces entretiens tests n'ont pas été inclus dans les données analysées.

Parmi les dix professionnels restants et volontaires pour l'étude, deux ont eu un empêchement pour maintenir le rendez-vous. Aucune date de rendez-vous ultérieure n'a pu être reprogrammée avec ces professionnels.

Au final, huit entretiens ont été réalisés auprès de trois gynécologues-obstétriciens et de cinq sages-femmes. A l'issue du huitième entretien, une saturation des données a été observée.

Le contenu de huit entretiens a donc été traité dans l'analyse des données.

La durée d'expérience professionnelle allait de un à trente-sept ans ; trois professionnels avaient moins de quinze années d'exercice et quatre avaient plus de trente années d'expérience.

Ils avaient dans l'ensemble une faible maîtrise des langues vivantes étrangères et avaient un niveau variable.

En effet, trois parlaient anglais couramment, deux arrivaient à se « débrouiller » en comprenant et en parlant le vocabulaire de base et trois autres ne le comprenaient que très peu et ne le parlaient pas du tout.

Un soignant parlait couramment espagnol et deux autres avaient des notions scolaires.

Un seul professionnel maîtrisait l'allemand à un niveau scolaire.

Aucun d'entre eux n'avait fait de formation spécifique en langue étrangère depuis la fin de leurs études.

Pour deux membres de l'échantillon : « *parler une autre langue [était] un véritable blocage personnel* », voire « *un refus* » pour l'un d'entre eux.

Un dernier a précisé que « *parler anglais ne [servait] à rien* » pour communiquer avec la population étrangère de cette maternité car les femmes immigrées qui s’y faisait suivre ne parlaient pas fréquemment anglais.

La durée des entretiens variait de dix-sept minutes à soixante-huit minutes avec une durée moyenne de trente-huit minutes. Parmi les conversations, cinq ont duré plus de trente minutes. Les entretiens ont pris fin lorsque l’ensemble des questions et des réponses avait été formulé. Aucun entretien n’a été interrompu.

2. Ressentis, opinions et difficultés lors de la prise en charge des femmes non francophones

Il a été observé lors des entretiens que la prise en charge de patientes non francophones était une situation très fréquente. La difficulté majeure était liée aux problèmes de communication verbale. Compromise, elle entraînait des problèmes de compréhension, notamment en ce qui concernait la dispensation des informations médicales, le remplissage du dossier médical informatisé et le recueil d’un consentement. Le ressenti général a mis en évidence une « *grande difficulté* ». Les soignants étaient souvent plus « *stressé[s]* » et « *insatisfait[s]* » de devoir « *se contenter* » d’une prise en charge partielle. Cette situation était d’autant plus compliquée que ces femmes avaient des caractéristiques particulières et inhabituelles sur le plan médical mais aussi psychosocial. La difficulté résidait aussi dans le créneau horaire limité dans lequel devait se réaliser la consultation.

2.1. Fréquence de la situation

Tous les professionnels interrogés ont déjà eu à prendre en charge ces patientes, et ont reconnu que « *cette situation [était] même très courante* ».

2.2. Difficultés mises en avant par les professionnels de santé

La notion de « *difficulté* » était citée par sept professionnels interviewés et quatre ont même précisé être en « *grande difficulté* » lors de la prise en charge de femmes parlant peu ou pas français.

Selon eux, le cumul de plusieurs difficultés était un facteur de risque d'un moins bon état de santé et complexifiait davantage la prise en charge de ces patientes.

2.2.1. Difficultés de communication

Comme l'ont signalé quatre professionnels : « *la communication verbale est le support majeur de communication dans notre façon de fonctionner professionnellement et au-delà* ». L'absence de langue commune était donc pour eux « *très pénalisant* ».

Ces femmes, généralement issues de l'immigration récente ou arrivées en France depuis peu, ne parlaient pas souvent suffisamment bien français pour se faire comprendre et ne maîtrisaient pas non plus l'anglais : « *la plupart des femmes qui ne [parlaient] pas français ne [parlaient] pas non plus anglais et [parlaient] des langues peu fréquentes [en France] où peu de gens [pouvaient] dépanner* » les soignants pour la traduction.

Tous les professionnels ont déclaré qu'il existait un « *problème pour se faire bien comprendre* » et surtout pour « *avoir la certitude que la patiente ait bien compris* » et qu'« *elle ne [passait] pas à côté d'une information importante* ». La barrière linguistique amenait les professionnels à se demander « *si la patiente [avait] bien compris les enjeux* » des différents dépistages, si elle leur avait vraiment donné son choix de manière consciente. Un soignant a expliqué : « *je ne peux pas aller plus loin et poser d'autres questions pour m'assurer que la patiente ait tout compris* » et un autre a ajouté : « *je ne peux pas non plus comprendre la patiente ni répondre précisément à ses questions* ». Ils étaient donc dans l'impossibilité de communiquer ouvertement avec leurs patientes et de leur apporter les explications nécessaires et les réponses à leurs questions.

Pour sept professionnels, être soignant était particulièrement difficile dans ces situations car ils devaient dispenser des informations importantes. « *La difficulté de notre travail va être liée à l'évaluation de la situation, de la décision à prendre, des gestes à réaliser sachant que la communication est impossible.* » Le problème de communication était donc un problème impactant fortement le travail des professionnels de santé.

Un seul soignant interviewé n'a jamais rencontré de difficultés pour prendre en charge des patientes non francophones. Il a dit : « *je ne suis pas en grande difficulté. Je n'ai jamais eu à prendre en charge une femme avec une barrière complète de la langue et j'ai toujours eu la chance d'avoir un accompagnant qui parlait un peu plus et avec qui j'ai pu me débrouiller.* » Ce cas était peu fréquent et non représentatif de l'opinion de la majorité de l'échantillon.

2.2.2. Difficultés pour dispenser des informations

La difficulté majeure reconnue par tous les soignants était la dispensation des informations, notamment quand celles-ci concernaient la recherche d'un consentement ou l'annonce d'une pathologie fœtale. Six d'entre eux ont dit « *se débrouiller pour les choses simples et le suivi classique d'une grossesse physiologique* » et sept ont avoué avoir « *beaucoup de problèmes pour les choses plus techniques* ». Par exemple, « *donner les recommandations pour éviter l'immunisation contre la toxoplasmose* », « *discuter de la voie d'accouchement* » ou encore demander le « *souhait de réaliser ou non l'amniocentèse lors d'un risque de trisomie 21* » étaient des « *informations complexes à donner sans langage commun* », d'autant plus que ces informations nécessitaient des « *termes spécifiques* ».

2.2.3. Difficultés pour remplir le dossier médical

Le problème de communication verbale se retrouvait dans une autre difficulté relevée dans sept entretiens : remplir correctement le dossier médical informatisé. « *L'interrogatoire est difficile à réaliser* » et « *un risque majeur est de passer à côté d'un antécédent important qui pourrait avoir de graves conséquences sur le*

déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant ». « *C'est compliqué d'avoir un dossier médical complet* ».

2.2.4. Difficultés dues aux caractéristiques particulières de ces patientes

Selon les professionnels, ces patientes présentaient aussi des caractéristiques particulières qui rendaient leur prise en charge plus compliquée. Elles étaient plus angoissées et avaient des pathologies spécifiques du fait de leur ethnie et de leurs conditions socioéconomiques.

« Les pathologies rencontrées plus fréquemment chez ces femmes complexifi[aient] leur prise en charge, rendant la situation plus difficile. » Six professionnels ont noté la prédominance de pathologies telles que le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité.

Cinq professionnels ont remarqué que *« le stress des patientes étrangères arrivées en France récemment [était] un facteur qui rend[ait] cette prise en charge plus difficile »*. En effet, un professionnel a déclaré que *« plusieurs patientes [avaient été] envoyées directement par la préfecture lors des demandes de permis de séjour et [étaient] arriv[ées] souvent sans examen préalable »*. Leur stress était aussi majoré du fait de leur situation irrégulière et de leurs conditions précaires d'hébergement. Trois soignants ont précisé que *« les immigrées récentes [avaient] des conditions de vie précaires ce qui favoris[aient] les situations pathologiques graves nécessitant des hospitalisations plus fréquentes et des séjours en réanimation néonatale »*. La précarité de leur situation, d'après trois professionnels, avait donc un *« coût beaucoup plus élevé pour l'hôpital »*.

D'après six soignants, la majorité de ces patientes rencontraient des difficultés à s'adapter aux démarches administratives et aux protocoles français, ce qui complexifiait leur prise en charge.

Au contraire une femme sans difficulté particulière et ne parlant pas la langue française n'aurait pas autant de difficultés lors de son suivi de grossesse. Un professionnel a précisé qu' *« il n'y [avait] souvent aucune difficulté avec les riches*

étrangères qui [avaient] de l'argent et des connaissances et qui [venaient] accompagnées d'un traducteur ».

2.3. Ressenti des professionnels de santé : un sentiment d'insatisfaction

L'« *insatisfaction* » était un sentiment prédominant ressenti par six soignants. Il a été retrouvé dans les entretiens un sentiment récurrent d'« *inconfort* », de « *malaise* », de « *frustration* ».

2.3.1. Manque de temps retentissant sur la patience des professionnels

D'après les dires des professionnels, le temps imparti à chaque consultation était court, ce qui compliquait la prise en charge médicale d'une patiente maîtrisant peu la langue française.

La notion de « *manque de temps* » est revenue dans cinq entretiens ; ce qui pouvait expliquer l'agacement des professionnels qui redoutaient la prise de retard et la « *perte de temps* » lorsqu'il fallait à nouveau convoquer la patiente.

Trois soignants s'agaçaient très rapidement : « *je manqu[ais] de patience et m'agaç[ait] plus vite* », d'autant plus que « *cette situation [a] fait perdre beaucoup de temps et [a] fait prendre du retard dans les rendez-vous* » alors qu'ils ne pouvaient pas aller au bout des choses ni apporter les informations qu'ils souhaitaient.

Le temps trop court pour mener une consultation avec une patiente non francophone était un problème majeur impactant négativement sur le ressenti des professionnels de santé.

2.3.2. Insatisfaction liée aux problèmes de compréhension

Les professionnels étaient insatisfaits du fait des problèmes de compréhension qui augmentaient leur inconfort.

Un professionnel avait « *le sentiment de se dire que l'on [allait] se satisfaire de ce que le couple nous dit avec l'espoir qu'ils aient pu en discuter entre eux et avec d'autres personnes mais sans avoir les moyens de contrôler leur souhait* ».

Ce doute était encore plus marquant pour ce professionnel que « *dans les mêmes situations chez les femmes francophones, si on leur pose quelques questions pour essayer d'apprécier la solidité de leur décision, on se rend compte que souvent les gens n'ont pas bien compris* », notamment lors de tests diagnostics de maladies génétiques et chromosomiques. La situation était selon lui identique, voire pire, chez les couples ne parlant pas correctement français, migrants ou en situation irrégulière.

2.3.3. Prise en charge non optimale et non satisfaisante selon les professionnels de santé

Cinq soignants ont dit être « *affecté[s]* » par la prise en charge « *délicate* » de ces patientes.

Un discours résumait le ressenti général : « *on a conscience qu'on ne peut pas réussir la mission qu'on aimerait avoir et on a conscience qu'à l'heure où on est très attentif à la qualité de l'information donnée aux gens, au libre arbitre des gens dans leur prise en charge médicale, que ces femmes sont privées de la possibilité d'exercer leur libre arbitre car elles ne peuvent pas tout comprendre. Et nous, de notre côté, on n'a pas la possibilité de faire la mission qu'on aime remplir d'habitude.* »

Ils n'arrivaient « *pas à parvenir à la prise en charge souhaitée, ce qui entraîn[ait] une négligence de certaines situations* ».

Un professionnel comparait cette situation à de la « *médecine vétérinaire* » car il n'y avait aucune communication verbale. Un autre avait l'« *impression d'avoir fait le strict minimum sans être allé au bout des choses* » quand il n'y avait aucune traduction.

3. Conséquences pour la pratique quotidienne

La pratique clinique des professionnels semblait être modifiée lorsqu'il s'agissait de prendre en charge des patientes ne maîtrisant pas la langue française. Les soignants ont signalé une volonté de prise en charge optimale de ces patientes. Malgré cet objectif, le déroulement de la consultation de la patiente non francophone paraissait différent. La durée de la consultation était augmentée. L'anamnèse était plus courte et simplifiée avec un discours adapté et répété. A l'inverse, l'examen clinique était plus important.

Le problème de maîtrise des langues étrangères des soignants était récurrent, créant des difficultés lors des échanges entre les soignants et les patientes. Le discours non verbal était beaucoup plus utilisé, pour essayer de palier à ces difficultés de langage. Ces problèmes de communication conduisaient à des dépistages plus fréquents et plus invasifs, dans le non respect des règles éthiques.

Pour optimiser la prise en charge de ces femmes, certains soignants passaient le relai à des collègues, à la PMI ou les convoquaient à nouveau. Ces patientes avaient donc plus de rendez-vous et voyaient un nombre de professionnels de santé plus important que la moyenne, ce qui était peu propice à la création d'un climat de confiance et de sécurité autour de la grossesse.

Ces patientes étaient fréquemment isolées et se retrouvaient seules lors de leur suivi médical. Quand elles étaient accompagnées, un problème de confidentialité et de secret professionnel se faisait sentir. Les soignants étaient également gênés de la présence d'une tierce personne car ils ne pouvaient pas avoir la certitude de la fiabilité de la traduction apportée.

3.1. Déroulement de la consultation modifié

La majorité des soignants gardait les mêmes objectifs au cours des consultations. Deux ont insisté particulièrement sur ce point : *« j'ai à cœur de dépister les anomalies dans le déroulement de cette grossesse que ce soit sur le plan médical ou sur le plan psycho-social. J'ai à cœur que les femmes et leurs enfants à naître aillent bien. »* Un

autre a précisé qu' « *on ne [pouvait] pas se permettre d'avoir un remplissage de dossier différent* ».

Malgré leur volonté d'un suivi optimal, six professionnels ont dit que « *la prise en charge de ces femmes n'[était] pas identique* ».

Deux professionnels quant à eux ont dit ne voir « *aucune différence dans le remplissage des dossiers* » et ont trouvé que « *ces dames [étaient] aussi bien suivies que les autres* ».

3.1.1. Temps de consultation allongé

En l'absence de traduction efficace, sept professionnels de santé ont dit que prendre en charge une femme non francophone était « *chronophage* ». Une consultation prenait deux à trois fois plus de temps pour cinq soignants : « *1h lors d'une première consultation pour remplir l'ensemble du dossier au lieu des 20 minutes imparties* ».

Deux autres prenaient une dizaine de minutes supplémentaires.

Et un dernier disait prendre « *autant de temps pour la consultation* » mais sa prise en charge n'était pas optimale : « *je vais à l'essentiel et ne m'intéresse qu'aux choses principales en restant sur les points importants, sans vraiment donner de grandes explications ni répondre à leurs questions car je ne les comprends pas et elles ne me comprennent pas non plus. La consultation peut prendre autant de temps, voire même moins de temps, que pour une patiente francophone ayant plein de questions.* »

3.1.2. Anamnèse écourtée et compliquée

Six professionnels ont dit que « *l'interrogatoire était difficile et différent* ». Les termes « *simplifié* », « *droit au but* » et « *recherche des informations essentielles* » étaient récurrents chez ces six soignants. L'interrogatoire était plus « *court* » et ils « *se content[aient] du minimum* » car beaucoup de choses étaient, selon eux, difficiles à percevoir.

Les éléments essentiels de l'anamnèse étaient difficiles à recueillir et les professionnels ont précisé qu'ils allaient « *droit au but* » dans leur interrogatoire. Le

versant médical était recherché par l'ensemble d'entre eux mais le côté social était mis de côté par deux soignants.

Le recueil des antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux restait important pour six des soignants interrogés. Ils priorisaient le recueil d'informations mais cherchaient à obtenir un maximum de détails, notamment en ce qui concernait les antécédents gynécologiques et obstétricaux. Au niveau obstétrical, ils essayaient de « *recueillir les voies de naissance, les âges gestationnels des accouchements, les hémorragies du post partum immédiat, les poids des enfants, l'état de santé des enfants (enfants hospitalisés, jaunes, sous antibiotiques, avec une infection)* ». Concernant les antécédents médicaux, ils « *cibl[aient] sur les pathologies les plus courantes comme le diabète, l'hypertension artérielle et les infections* ».

Tous les soignants essayaient de s'intéresser aux symptômes du jour (deux s'intéressaient seulement à cette partie là) : métrorragies (« *pertes de sang* »), pertes de liquide amniotique (« *pertes d'eau* »), mouvements actifs fœtaux (« *bébé bouge* »), contractions utérines (« *douleurs au ventre* »). Cinq professionnels ne recherchaient pas les signes fonctionnels urinaires ou digestifs comme les brûlures mictionnelles ou la constipation. Les professionnels ont déclaré : « *je ne recherche que les éléments fondamentaux et adapte mes questions en fonction de la clinique en second lieu* ». Parmi ces cinq professionnels se retrouvaient les deux qui pensaient que le suivi de grossesse était identique pour ces patientes.

3.1.3. Examen clinique très présent

L'examen clinique était lui très présent pour tous les professionnels interrogés. Un soignant a précisé que son examen clinique était « *extrêmement différent* » : « *il sera davantage soigné si je ne peux pas m'appuyer sur les données de l'interrogatoire* », « *le palper abdominal sera plus attentif, le toucher vaginal sera fait plus en systématique ne sachant pas si la patiente a des contractions, les pertes seront examinées avec plus d'attention (couleur, odeur, texture)* ».

Les soignants essayaient d'obtenir le maximum d'informations avec la clinique. Seulement, cet examen était réalisé sans explication préalable, et l'examen génital pourrait être fait à l'insu de la patiente.

3.2. Problèmes de communication

3.2.1. Modification du discours et des moyens de communication

Les problèmes de communication retrouvés dans la prise en charge des femmes non francophones ont amené les professionnels de santé à plus d'adaptabilité.

Cinq soignants ont noté une adaptation de leur discours. Les notions de « *mots plus simples* », d'« *explications plus courtes* », de « *répétition des mots* » et de « *reformulation* » ont été répétées par quatre d'entre eux.

Le langage non verbal était aussi très important et plus utilisé : « *je parle beaucoup avec les mains* », « *j'essaie de me faire comprendre avec les gestes en montrant* ». Six professionnels utilisaient beaucoup plus les gestes et les mimes pour arriver à transmettre et recueillir quelques informations.

Un professionnel a précisé : « *il est important de connaître le niveau d'instruction des gens et leur métier pour pouvoir s'adapter à leur capacité de compréhension. On ne sait pas ce que les gens connaissent car même s'ils n'ont pas accès à l'eau courante, la plupart peut avoir à disposition une télévision, un Smartphone et un accès à internet et les gens sont loin d'être ignorants de ce qui se passe chez eux et dans le monde* ». Il était important pour lui d'adapter son discours à la capacité de compréhension des gens. Il était également gratifiant de se mettre d'égal à égal avec eux, notamment avec ceux qui étaient instruits dans leur pays et qui ont été détruits sur le plan amour propre après ce qui leur était arrivé.

3.2.2. Modification de la prescription des examens complémentaires et de la réalisation des dépistages

Majoritairement, ces problèmes de communication conduisaient à un dépistage plus systématique et plus invasif sans forcément recueillir le consentement de la patiente.

Cinq professionnels avaient tendance à aller dans « l'excès » et à réaliser plus de dépistages que pour une femme francophone. Ce terme d'« excès » a été récurrent dans ces cinq entretiens.

Seulement trois soignants ne faisaient pas de différence dans la prévention et le dépistage des différentes pathologies chez ces patientes : « *j'ajuste les examens complémentaires en fonction de l'histoire individuelle de la femme* ».

3.2.3. Difficultés pour recueillir le consentement de la patiente

Tous les professionnels ont été d'accord pour dire que les informations concernant les dépistages étaient difficiles à donner et le consentement difficile à recueillir.

Trois soignants parlaient des différents dépistages à toutes leurs patientes même s'ils avaient conscience que l'information était de moindre qualité.

Trois autres essayaient de les informer après leur avoir demandé de venir avec un traducteur ou les reconvoquaient si besoin.

Les deux autres ne leur parlaient pas des dépistages et les réalisaient d'emblée.

Six professionnels avaient tendance à réaliser les examens en l'absence de consentement de la patiente : « *je fais l'impasse sur ce point légal dans l'intérêt de la patiente et de son enfant à naître* ». Ils allaient dans l'« *excès et préfèr[aient] ne pas chercher le consentement pour ne pas passer à côté d'un élément important* ». Ils essayaient néanmoins d'« *orienter la patiente sur la stratégie qui leur par[aissait] la plus adaptée et la plus conforme à ce que choisirait la plupart des gens* ».

Pour un autre soignant, « *le dépistage du VIH et la réalisation des différentes sérologies se [faisaient] assez facilement* ». « *Le problème arriv[ait] lorsqu'il s'ag[issait] de dépister des anomalies chromosomiques et génétiques.* » Dans ce dernier cas, il ne réalisait pas le dépistage en l'absence du consentement de la patiente : « *comme pour la trisomie 21, l'enjeu n'est pas le même et la qualité de la communication est très importante pour leur faire comprendre la prise en charge ultérieure. Si la femme vient seule et que je n'arrive pas à trouver un traducteur pour*

lui expliquer clairement les choses, je ne réalise pas les dépistages ». Il a précisé que « cette discussion est déjà compliquée avec les personnes parlant français alors elle est encore plus difficile à mener avec des personnes non francophones ».

Le dernier professionnel prescrivait *« l'ensemble des sérologies sans consentement, tout comme il les prescri[vait] sans consentement aux femmes francophones »*. Pour la trisomie 21, il mesurait la clarté nucale et estimait un risque en fonction de l'âge maternel mais il ne prescrivait pas les marqueurs sériques en systématique en l'absence de consentement. S'il estimait que la femme était dans un groupe à très haut risque il prescrivait les marqueurs sériques et faisait signer la patiente mais sans réel consentement si aucun traducteur n'avait pu être disponible.

Les principes éthiques et légaux ne semblaient pas toujours pouvoir être respectés. Et la patiente ne recevait pas les informations suffisantes concernant le déroulement de son suivi de grossesse et les examens qui lui étaient faits par les professionnels.

3.3. Travail pluridisciplinaire

La notion de relai se retrouvait chez la moitié des soignants.

Un soignant référerait ces patientes à des collègues de PMI pour qu'elles soient vues en entretien prénatal et soient mieux suivies : *« Je pense que la PMI dispose peut être de ressources et de temps supplémentaires pour trouver un traducteur et essayer de proposer un entretien aux couples parlant mal le français pour leur donner plus d'informations et d'explications ».*

Trois soignants passaient la main à un collègue se débrouillant mieux en anglais si la patiente parlait un peu mieux anglais que français. Il en était de même en espagnol et en portugais.

Un professionnel rajoutait un mot sur la liste de rendez-vous de la patiente en lui précisant de venir accompagnée d'une personne capable de faire la traduction pour

compléter le dossier médical. Il espérait que la patiente montrerait le mot à une connaissance qui parlerait leurs deux langues et qui serait en mesure de les aider.

Deux autres essayaient de reconvoquer les femmes dans les situations très difficiles en leur précisant de venir accompagnées de quelqu'un apte à faire la traduction.

Ce relai renvoyait les patientes vers de nouveaux professionnels inconnus et elles avaient plusieurs consultations au lieu d'une, ce qui leur demandait beaucoup plus de disponibilité pour revenir à l'hôpital et beaucoup plus d'adaptation aux différents membres du corps médical.

3.4. Accompagnement de ces patientes

3.4.1. Isolement fréquent

L'analyse des entretiens a permis de mettre en lumière que ces femmes étaient souvent plus isolées, notamment en début de grossesse et lors des urgences : *« au début du suivi de grossesse une femme sur deux vient seule, une sur vingt est accompagnée d'un de ses enfants parlant français ou de son mari ayant quelques notions de français et les autres viennent accompagnées d'une tierce personne »*, selon les observations d'un soignant. Pour la suite du suivi ces femmes venaient plus souvent accompagnées : *« huit femmes sur dix »* d'après les professionnels. Elles étaient néanmoins plus souvent seules lors des consultations en urgence, en salle de naissance, ou lors des consultations spécifiques pour des dépistages de pathologies fœtales.

3.4.2. Problèmes posés par les accompagnants

Quand elles étaient accompagnées, elles venaient avec un membre de la famille ou un ami, voire une connaissance récente faite dans des associations ou des centres d'hébergement. Les professionnels n'avaient légalement pas le droit de poser toutes les questions devant ces personnes au vu du secret médical, ce qui pouvait créer un problème de confidentialité. Mais les professionnels ont dit : *« on fait avec ce que l'on a »*. Une personne interrogée considérait que *« si la femme [venait] accompagnée d'une*

tierce personne c' [était] qu' elle [pouvait] communiquer librement avec elle, sinon elle rest[ait] dans la salle d'attente ».

Trois autres soignants ont dit être « gênés » par la présence d'une tierce personne quand celle-ci n'était pas un traducteur officiel ni un proche de la femme car il y avait « *peu d'intimité* » et « *certains sujets [étaient] délicats à aborder* ».

Le problème de l' « *intimité* » a été évoqué par sept soignants interviewés. Les femmes venaient fréquemment accompagnées d'un de leurs enfants aînés qui était scolarisé et parlait un peu français. « *Cette situation [était] vécue de manière difficile* » pour sept professionnels qui jugeaient ne « *pas pouvoir parler librement de tous les sujets avec un enfant* » (contraception, pertes sanguines, problèmes concernant l'enfant à naître par exemple).

De plus, les professionnels ont précisé ne jamais être sûrs de ces traducteurs improvisés : « *Je prends du temps à formuler des informations et, en face, la personne accompagnante résume en quelques mots. Je ne sais pas si l'information a été correctement transmise, ni si le traducteur a réellement compris lui même la situation, ni même s'il me transmet les réponses exactes des femmes* ».

« *L'insatisfaction* » des soignants s'accroissait aussi quand la patiente venait accompagnée de quelqu'un qui ne parlait pas français : « *ça rend les choses encore plus difficiles* ».

Deux professionnels ont dit privilégier la présence d'une femme auprès de la patiente pour parler plus facilement des sujets féminins concernant la grossesse ou le mari s'il parlait un peu français.

Dans tous les cas, même si l'accompagnant n'était pas une personne qualifiée, les soignants ont dit s'en « *débrouiller* » et « *font avec* » pour arriver à communiquer : « *dans un premier contact, toute aide à la traduction est la bienvenue même si cela gêne la dame* ».

4. Solutions à mettre en place pour optimiser la prise en charge de ces femmes

Les entrevues avec les professionnels ont montré que les moyens utilisés étaient très personnels. Chacun utilisait des dispositifs d'aide différents pour faciliter la communication car la conduite à tenir pour prendre en charge ces patientes non francophones n'était pas protocolisée. Très peu de solutions étaient proposées par les hôpitaux pour aider les soignants. Ce manque de moyens a été déploré par tous les professionnels interviewés. Ils souhaitaient trouver des solutions. Une adaptation des moyens de communication a été retrouvée dans l'ensemble des entretiens. L'utilisation du langage non verbal et d'un discours simplifié était mise en avant. Mais tous les soignants encourageaient les patientes à venir accompagnées d'une personne capable d'effectuer la traduction lors des prochaines consultations, même s'il était difficile de faire comprendre à une femme qui ne parlait pas français de venir accompagnée.

Tous les professionnels ont précisé que la mise en place d'un dispositif serait bénéfique. Cela permettrait de faciliter la prise en charge, de ne pas passer à côté d'éléments importants lors de la constitution du dossier et d'éviter de faire des examens exhaustifs non nécessaires. Une meilleure organisation des consultations en amont avec un traducteur et une durée allongée, la création d'une liste plus exhaustive de traducteurs, la traduction du dossier informatique ainsi que des formations complémentaires en langues ont été des solutions envisagées par les soignants. Cinq ont insisté fortement sur l'intérêt de proposer une solution à la fin de cette étude et étaient très « *preneurs* ».

4.1. Hétérogénéité de prise en charge

En effet, l'hétérogénéité de prise en charge était particulièrement marquée.

Six professionnels utilisaient leurs mains et faisaient beaucoup de signes associés à leur discours épuré pour faire comprendre le maximum d'informations aux femmes.

Un professionnel utilisait les logiciels de traduction en ligne comme Google traduction.

Deux soignants faisaient appel aux membres de l'équipe hospitalière pour faire la traduction. Ils se référaient à des collègues portugais, russes, italiens, arabes et roumains.

Un soignant s'était même créé des fiches de questions types en anglais pour arriver à communiquer un peu plus facilement.

Un soignant inscrivait un mot précisant de venir accompagné sur la liste des rendez-vous en espérant que la patiente le montre à quelqu'un capable de l'aider.

4.2. Des moyens existants mais non adaptés selon les professionnels de santé

Une liste des traducteurs professionnels ou membres du personnel était mise à disposition du personnel médical mais deux soignants ne la connaissaient pas. Les six autres en avaient entendu parler mais ne l'avaient jamais utilisée.

La raison évoquée était la même pour tous : *« ce n'est pas moi qui doit trouver un traducteur au moment de la consultation, je n'en ai pas le temps si je veux respecter les délais impartis de la consultation »*. De plus *« les traducteurs et membres du personnel ne sont pas toujours disponibles immédiatement à l'instant voulu »*. L'aspect financier était également évoqué. De plus, les professionnels ont dit que *« ce système [était] souvent téléphonique ce qui n'[était] pas optimal, notamment en 20 minutes »*, et cinq ne voulaient pas reporter le rendez-vous ni chercher eux-mêmes un traducteur.

Un soignant a déjà essayé de trouver au sein de l'hôpital un membre du personnel parlant anglais mais cette démarche avait pris beaucoup de temps pour trouver quelqu'un de disponible et ne l'avait pas plus aidé à avancer dans la prise en charge de sa patiente. Un autre a fait appel à un membre du personnel parlant roumain pour parler de la contraception. Un autre a dit ne pas vouloir faire l'effort d'utiliser cet outil et de *« perdre du temps pour rien »*. Deux ont précisé que cette liste n'était pas *« suffisante »* ni optimale.

Des livrets administratifs étaient également présents dans chaque service et traduits en plusieurs langues. Quatre soignants connaissaient leur existence mais ne les avaient jamais regardés. Cependant ces livrets traitaient seulement des questions administratives et non pas du versant médical ou obstétrical, ce qui n'était pas d'une grande aide pour eux.

Dans les autres structures hospitalières connues des soignants, aucune ne mettait à disposition des moyens facilitant la prise en charge des femmes parlant mal français.

4.3. Solutions proposées par les professionnels de santé

Six professionnels aimeraient que les consultations soient mieux organisées en amont : *« il serait nécessaire de doubler systématiquement le temps de consultation avec une femme parlant mal le français et de prévoir un traducteur, soit professionnel, soit un membre du personnel, pour l'heure et le jour voulus »*. Selon les professionnels interrogés, *« ce serait aux secrétaires d'organiser le bon déroulement de cette consultation dès lors que la dame se présente pour prendre un rendez-vous, ou dès que nous leur précisons que la femme ne parle pas français »*.

Un professionnel a suggéré qu' *« il serait bien pour un centre hospitalier de type III, qu'il existe une base de ressources linguistiques en s'appuyant seulement sur les membres du personnel. Cette solution devrait être proposée par les ressources humaines ou à l'instigation de la direction, de la qualité ou des soins. De plus, elle ne coûterait rien à l'hôpital vu qu'elle se baserait sur le personnel hospitalier uniquement. Ce projet permettrait aussi de valoriser les qualités des employés et de s'investir davantage dans la démarche de soin. »*

Trois professionnels souhaiteraient parler plusieurs langues, l'anglais au minimum. Mais un professionnel a précisé : *« les formations se font sur notre temps personnel ce qui ne m'encourage pas »*. Les autres n'avaient pas conscience des formations existantes pour approfondir leurs connaissances linguistiques.

Six professionnels pensaient qu'il serait « *bénéfique* » de proposer des fiches de traduction respectant la trame du dossier médical informatisé en différentes langues, sous forme de questionnaire. Les deux autres soignants souhaiteraient que ce soit directement le logiciel ICOS qui soit traduit sur informatique et qu'ils puissent sélectionner la langue. Un soignant pensait qu'un support papier nuirait à la communication, serait consommateur de temps et n'était pas sûr de l'efficacité des questionnaires papiers. Pour les autres soignants, le format papier ne posait pas de problème à première vue et étaient très intéressés.

Un des professionnel a proposé de mettre en place des systèmes sous forme de bandes dessinées ou de pictogrammes pour que ce soit plus universel, quelle que soit la langue de la patiente.

Discussion

1. Atteinte de l'objectif de l'étude

L'analyse des données recueillies au cours des entretiens semi-directifs a permis de mettre en évidence les difficultés ressenties par les professionnels de santé lors de la prise en charge des femmes enceintes non francophones. L'objectif de cette étude a donc été atteint.

2. Forces et faiblesses de l'étude

Malgré le caractère sensible de l'étude, onze professionnels de santé avaient accepté initialement de participer et de partager leur ressenti. Au final, huit entretiens ont pu être réalisés permettant de respecter le principe de saturation des données. L'échantillon de personnes interrogées incluses dans notre étude, a permis d'analyser les avis complémentaires de sages-femmes et de gynécologues représentant les principaux interlocuteurs dans la prise en charge des femmes immigrées.

La méthode de recueil des données, grâce à des entretiens semi-directifs, a permis aux professionnels de s'exprimer librement, de cerner les différents points de vue des soignants et d'atteindre l'objectif fixé au début de cette enquête.

Enfin, un projet d'action concret, axé sur l'amélioration de la qualité de l'accueil des femmes enceintes non francophones, a pu être proposé, en partenariat avec l'équipe du Pôle Femme et Enfants à l'issue de ce travail.

L'étude a ciblé les difficultés rencontrées lors du suivi de grossesse des femmes non francophones, donc lors des consultations organisées ou en urgence. Il aurait pu être intéressant d'étendre la problématique à l'ensemble du suivi de la femme enceinte, en incluant les difficultés au moment de l'accouchement et en suites de couches, ainsi que les difficultés de la prise en charge par d'autres professionnels intervenant dans le suivi de grossesse : anesthésistes, diabétologues...

Concernant la revue de la littérature, les données sont peu nombreuses sur la thématique propre de l'étude car il s'agit d'un sujet sensible. A notre connaissance, il n'existe pas d'études similaires traitant des problèmes de communication des soignants lors de la prise en charge médicale des femmes enceintes immigrées non francophones

lors de la grossesse. Seules quelques informations ont été retrouvées dans les études au sujet des femmes immigrées ou précaires mais aucune n'a porté spécifiquement sur les problèmes de communication. Il nous a donc été difficile de confronter certains résultats observés, certains concepts aux données de la littérature.

Le manque d'expérience de l'enquêteur a pu représenter un frein au recueil des données lors des premiers entretiens. Mener des entretiens semi-directifs n'est pas évident au démarrage. Nous avons amélioré notre technique au fur et à mesure des entretiens tests. Par ailleurs, les données des entretiens tests auraient pu être incluses dans l'analyse des résultats car la trame de l'entretien est restée inchangée et les réponses des personnes interrogées étaient tout aussi pertinentes. Afin de limiter l'incidence du manque d'entraînement de l'enquêteur sur les données observées, nous avons choisi de ne pas les intégrer à l'analyse finale des données afin d'en renforcer la validité.

Malgré un objectif de neutralité, le rôle de l'enquêteur et son interprétation personnelle sont des risques lors de la réalisation d'une étude qualitative et peuvent influencer l'analyse des données.

3. Les difficultés de prise en charge des femmes non francophones au cours de leur grossesse

Les difficultés mises en évidence par les professionnels de santé étaient multiples et semblaient avoir un retentissement sur la prise en charge des femmes non francophones.

3.1. La fréquence du suivi des femmes non francophones

Les professionnels interrogés ont noté l'augmentation du nombre de femmes enceintes d'origine étrangère au cours de ces dernières années en Auvergne. Ces observations sont conformes aux données recueillies dans les dossiers médicaux des patientes ainsi qu'aux chiffres nationaux de l'immigration (5).

D'après une analyse des données au sein de la maternité de type III de la région Auvergne, la population des femmes étrangères venant accoucher a augmenté de 2,56% entre le 1 mars 2010 et le 31 septembre 2015. La part la plus représentée est originaire d'Afrique du Nord pour 8,75% de l'ensemble des femmes, suivie par l'ensemble du reste de l'Afrique, puis d'Europe du Sud, des DOM-TOM et d'Asie Mineure. En plus faible proportion, des femmes en provenance d'Europe du Nord, d'Asie et d'autres pays viennent accoucher dans cette maternité. (Annexe VII)

3.2. Une faible maîtrise des langues étrangères par les professionnels de santé

Les professionnels interrogés maîtrisaient plus ou moins bien l'anglais, l'espagnol et l'allemand. Cependant, ces langues vivantes ne sont pas celles parlées le plus souvent par la population immigrée en France, et en Auvergne. En effet, les populations venant majoritairement d'Afrique (principalement d'Afrique du Nord) et d'Europe du Sud sont très représentées parmi ces populations. De plus, deux études ont démontré que 14,3% à 65% des patientes immigrées ne maîtrisaient pas la langue du pays d'accueil (18,19). L'accès à des traducteurs permettrait de palier à ces difficultés de communication.

L'analyse des discours des professionnels a mis en évidence la faible maîtrise des langues étrangères par cinq professionnels, en particulier en Anglais. Un professionnel a précisé qu'il serait utile de former le personnel en langue, notamment en anglais. Une information pourrait leur être faite sur les différentes formations qui existent en France et en Auvergne. Cependant, une limite est à prendre en compte pour les formations extérieures à l'hôpital. Elles ont un coût personnel pour le soignant et se font souvent sur leur temps personnel, ce qui ne motive pas les professionnels à prendre des cours privés ou universitaires pour leurs besoins professionnels.

Les professionnels de santé sont néanmoins soumis à une obligation de formation annuelle. La loi HPST de 2009 (réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires) (68) a instauré l'obligation de développement professionnel continu (DPC). L'article 59 de cette loi précise que le DPC a pour objectif « *le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé* » (68). Plusieurs formations

sont proposées notamment des formations pour approfondir la langue anglaise. Des aides financières existent pour satisfaire cette obligation. Les modalités de prise en charge varient selon le mode d'exercice, la catégorie professionnelle et le type de programme de DPC suivi (69).

3.3. Des difficultés imputables à la barrière linguistique

La communication verbale est perçue comme le support majeur de la communication par les professionnels interrogés dans l'étude : « *la communication verbale est le premier moyen de communication* ». Ces données sont en accord avec les résultats de l'étude réalisée par Mondoux (29).

Une barrière linguistique, totale ou partielle, peut avoir de nombreuses conséquences sur la prise en charge des femmes enceintes et mettre les soignants en grande difficulté. Lors de l'étude, les professionnels déclaraient être « *affecté[s]* » par la prise en charge « *délicate* » de ces patientes et se sentaient « *mal à l'aise* », frustrés (« *frustration* »), « *insatisfait[s]* » et manquaient de patience (« *je m'agace très vite* »). Ils ne pouvaient pas donner les informations qu'ils souhaitaient et ne pouvaient pas s'assurer que la patiente ait compris leurs propos. Les données retrouvées dans la littérature ont également précisé que la non maîtrise de la langue augmentait les probabilités d'avoir un état de santé détérioré (6,17). Notamment en mettant de côté le versant humain dès lors qu'une communication rassurante est impossible (10).

Une surmortalité pourrait apparaître lors d'un défaut de compréhension. Les soignants avaient l'impression de donner les bonnes informations mais les patientes ne comprenaient pas les subtilités ni l'importance de certains conseils. Ces situations pourraient entraîner des erreurs médicales par omission, des erreurs dans la prise médicamenteuse (erreur de posologie, erreur de médicament) ayant de graves conséquences (intoxication, surdosage, effets secondaires) (6,29,38).

Il faut donc être vigilant et essayer d'améliorer au mieux la communication.

3.4. Les caractéristiques particulières des patientes d'origine étrangère augmentent les difficultés des soignants

3.4.1. Des pathologies plus graves du fait de leur ethnie et de leurs conditions socioéconomiques

Les professionnels interrogés ont souligné les conditions socioéconomiques défavorables dans lesquelles vivaient ces femmes. Ils déclaraient que l'ethnie, la précarité et la situation irrégulière entraînaient un risque plus important pour ces femmes d'avoir certaines pathologies. Plusieurs études ont également démontré que ces patientes d'origine étrangère en situation de précarité étaient plus souvent hospitalisées et avaient recours plus fréquemment aux consultations en urgence du fait de la prédominance de pathologies non traitées, telles que le diabète ou l'hypertension artérielle ; ce qui augmenterait le coût des soins pour ces patientes (6,15,16,19,20,26,28,35).

Ce « *risque plus important de pathologies* », reconnu par les professionnels, doit donc les obliger à être plus vigilants lors de leur prise en charge.

3.4.2. Des patientes fréquemment isolées

Les entretiens ont révélé beaucoup de disparité concernant l'accompagnement de ces patientes. Elles étaient souvent seules lors d'une première consultation, lors des consultations en urgence ou lors des consultations spécialisées. Elles étaient souvent accompagnées de leur famille, amis ou personnels d'associations lors de la suite du suivi.

Dans la littérature aucune information n'a été retrouvée sur l'accompagnement des femmes enceintes au cours de leurs consultations.

Cette solitude pourrait refléter l'isolement de ces femmes et de nombreuses questions peuvent émerger et pointer du doigt les problèmes liés à l'isolement social et au vécu traumatisant de l'exil et de l'exclusion sociale : Sont-elles accompagnées à l'extérieur pour les tâches quotidiennes ? Ont-elles un accompagnement familial pour les épauler au cours de la grossesse ?

3.4.3. Un suivi perçu plus difficile par les professionnels de santé

Le suivi de ces patientes est également plus complexe en raison de leurs angoisses.

Leur situation (irrégulière, immigration récente, sans couverture sociale, sans logement personnel) peut être source de stress et rendre l'orientation dans le système de soins difficile (28,35). Les professionnels ont reconnu : « *ces femmes sont plus stressées, ce qui complique la prise en charge* ».

Les patientes semblent renoncer plus souvent aux soins du fait de leur complexité et décrochaient dans leur suivi (20,28,37,29,38), mais ces notions n'ont pas été décrites par les professionnels dans les entretiens réalisés, peut être en raison de l'organisation accompagnante de la maternité et de la forte implication des professionnels.

Plusieurs études avaient mis en exergue que ces femmes avaient souvent une attitude de retrait face au corps médical et entraient dans une relation de fuite ou d'évitement et leur avis serait rarement demandé (2,6). Les professionnels interviewés n'ont pas évoqué ce type d'attitude des patientes. Lors des entretiens, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens interrogés décrivaient ces patientes comme généralement assidues à leur suivi de grossesse. Ils ont cependant reconnu que leur avis était moins sollicité du fait de la barrière linguistique qui empêchait ces patientes de poser des questions.

Les assistantes sociales de la maternité de type III de la région Auvergne ont un rôle important. Leur mission est de s'assurer que ces patientes aient une prise en charge sociale pour leur grossesse et leur accouchement afin de les inciter à faire suivre régulièrement leur grossesse. Pour cela, elles n'hésitent pas à les relancer quand elles ne se présentent pas aux rendez-vous. Cette organisation locale extrêmement soutenante limite certainement les problèmes d'observance de la surveillance prénatale des patientes immigrées suivies in situ.

3.5. Un problème de temps

Le temps accordé à ces patientes et la durée des consultations semblent être importants et problématiques aux yeux des professionnels interrogés lors de la prise en charge des patientes non francophones.

Les soignants ont insisté sur le temps supplémentaire que demandait la prise en charge complexe et compliquée de ces patientes. Les entretiens ont montré un temps de consultation augmenté (« *je mets beaucoup plus de temps* »), voire doublé, par rapport à une consultation habituelle ; dû à la répétition et à la reformulation des informations pour que la patiente comprenne le maximum d'informations. Les professionnels ont dit devoir « *redire les choses* » et « *reposer plusieurs fois les questions* ».

Ce côté chronophage a également été observé dans plusieurs études (28,37). Le planning chargé des professionnels ne leur permettait pas d'accorder beaucoup de temps supplémentaire à leurs patientes sans prendre du retard pour la suite des rendez-vous.

Or une consultation écourtée pourrait conduire à des négligences pouvant avoir de lourdes conséquences (35).

Il serait intéressant de réfléchir à des moyens à mettre en place pour palier à cette difficulté de temps.

L'ensemble des professionnels interrogés ont précisé que l'organisation des consultations pourrait être améliorée. Selon eux : « *les créneaux devraient être doublés par les secrétaires dès l'instant où une femme se présente avec des difficultés de communication* ». En cas de nécessité de demander l'aide d'un traducteur, les secrétaires devraient organiser le rendez-vous en amont et contacter l'interprète pour convenir d'un rendez-vous. Cette organisation préalable serait selon les soignants « *moins consommatrice de temps au moment de la consultation* ».

Cette demande n'est cependant pas réalisable. Les responsables de service proposent une alternative : l'entretien prénatal. D'une durée de 40 minutes, il pourrait permettre de compléter le dossier médical et d'apporter de plus amples informations à la suite de la première consultation. Cependant le but de l'entretien prénatal n'est pas de compléter le dossier médical. Il a pour objectif de favoriser l'expression des attentes et des besoins des mères ainsi que de leur donner les informations utiles à la réalisation de

leur projet. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions peu abordées lors des examens médicaux (48).

3.6. Les conséquences sur le suivi de grossesse

Dans notre étude, la plupart des soignants interrogés ont précisé que leur *« objectif au cours d'une consultation [était] le même pour toutes les femmes »*. Ils veillaient à une prise en charge optimale, conformément à l'éthique de leur profession (20). Malgré tout, ils ont reconnu avoir des difficultés à prodiguer des soins identiques : *« l'accompagnement est différent », « on n'a pas la même chose à apporter à quelqu'un qui est de bon niveau intellectuel et social qu'à une femme étrangère qui vit dans la rue. Notre boulot est de faire en sorte que toutes les dames et que tous leurs enfants aillent bien. Et pour cela il faut s'adapter. »*

L'interrogatoire difficile à mener du fait de la barrière de la langue (*« c'est compliqué pour faire le dossier »*) pouvait les amener à passer à côté d'éléments importants.

Plusieurs observations mises en avant dans différentes études n'ont pas été vérifiées lors de l'analyse des entretiens des professionnels interviewés dans cette étude. Les femmes immigrées avaient un suivi plus tardif de leur grossesse, un moins bon suivi et une qualité de soins insuffisante (20,25,26,37). Les professionnels n'ont pas signalé que ces patientes avaient un suivi plus tardif de leur grossesse. Ils ne leurs ont pas proposés un suivi différent mais ont précisé que leur prise en charge était *« plus complexe »*.

Deux professionnels trouvaient que la prise en charge de ces patientes était identique aux autres mais ils ne s'intéressaient qu'au versant médical de la santé et non au versant psychosocial, ce qui faussait l'analyse de leur point de vue.

D'après l'OMS, *« la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »* (70). Il est donc important de prendre en charge tous les versants de la santé.

3.7. La pratique des soignants semble être modifiée lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes de communication

3.7.1. Une anamnèse compliquée allant à l'essentiel

La barrière linguistique complique la communication verbale. Réaliser l'anamnèse est donc difficile. Les professionnels interrogés ont précisé que « *l'interrogatoire [était] simplifié* ». Les questions allaient plus souvent « *droit au but* » en ne ciblant que les éléments importants d'après l'histoire individuelle de la patiente. De même, ils essayaient de transmettre les informations qui leur paraissaient être les plus importantes ; ce qui était susceptible d'entraîner des négligences sur le plan de l'interrogatoire.

3.7.2. Un examen clinique très minutieux

A contrario, l'examen clinique était « *très présent* » et « *minutieux* ». Il permettait de rechercher les éléments manquants de l'interrogatoire.

Cependant, réaliser l'examen gynécologique sans donner d'explications préalables à la patiente peut engendrer un traumatisme. Effectuer un toucher vaginal ou un examen sous spéculum sans en informer la patiente est délicat. Un examen non expliqué peut être très choquant chez les femmes ayant subi des agressions sexuelles, des viols ou des mutilations (chez de nombreuses femmes congolaises ou angolaises par exemple). L'étude de Supplisson a montré que les patientes immigrées bénéficiaient souvent d'un suivi social pour des violences conjugales ou d'une grossesse issues d'un viol (26). Il faut donc être prudent lors de la réalisation d'un examen gynécologique.

3.7.3. Des examens de dépistage souvent plus excessifs

Concernant les examens de dépistage, la moitié des soignants interrogés ne faisait aucune différence et adaptait les examens complémentaires en fonction de l'histoire individuelle de la patiente.

L'autre moitié allait dans « *l'excès* » pour être sûre de ne pas passer à côté d'un élément important non repéré à l'interrogatoire ; car beaucoup d'erreurs par omission ont pu être rencontrées dans les situations de mauvaise compréhension (29).

3.7.4. Un consentement difficile à recueillir

Comme le précise la législation française, le consentement « *libre et éclairé* » des patients doit être requis avant tout acte de dépistage ou de soins (46).

Cependant la majorité des soignants préféraient passer outre et réaliser les examens s'ils leur semblaient être judicieux, dans une stratégie adaptée. Seuls les examens de dépistages génétiques n'étaient pas réalisés à l'encontre des patientes car l'enjeu était trop important.

Aucune étude, évoquant les positions des soignants face au recueil du consentement quand la barrière de la langue rend l'information impossible, n'a été retrouvée lors de l'analyse de la littérature.

L'intervention d'un traducteur permettrait de fournir les explications nécessaires et de recueillir le consentement conscient de la patiente afin de leur proposer les dépistages recommandés.

3.7.5. Améliorer la communication

Plusieurs études ont analysé les différents obstacles à une prise en charge identique et optimale. Elles ont mis en évidence que les problèmes de compréhension ne permettaient pas à la femme de comprendre les conseils et les informations délivrés par les professionnels et ces derniers ne pouvaient ni comprendre ni répondre aux demandes des patientes. D'après les études, les patientes étrangères seraient peu satisfaites de leur prise en charge (20,35). Les professionnels étaient alors dans l'obligation de modifier leur pratique (18).

Une prise en charge précoce et un discours rassurant permettraient à ces patientes de se sentir plus investies dans leur grossesse et de mieux vivre ce moment (39).

Utiliser d'autres moyens de communication serait bénéfique dans ces situations (29), et beaucoup des professionnels utilisaient les gestes et les mimiques pour transmettre plus d'informations.

Il faut donc favoriser et encourager les soignants à utiliser l'ensemble des modes de communication existants.

Hills a mis en évidence 25 conseils pour mieux communiquer avec des patients parlant une langue étrangère. Certains paraissent essentiels pour favoriser la communication et pourraient être fournis à l'ensemble du corps médical pour faciliter la création d'une relation de confiance avec des femmes parlant une langue étrangère : avoir de la patience, respecter les différentes identités, se renseigner sur la culture, parler lentement, insérer des pauses entre les mots, choisir des mots simples, utiliser plusieurs moyens de communication (documents écrits, visuels, gestes, expressions du visage), parler d'un sujet à la fois, écouter le langage du corps, poser des questions ouvertes (71).

Pour améliorer la prise en charge des femmes non francophones, notamment sur le plan de l'interrogatoire et du remplissage des dossiers, les professionnels souhaiteraient que le dossier informatique soit traduit en plusieurs langues.

Une étude de Pöchhacker, citée dans le travail de Mondoux, a décrit que les soignants demandaient à ce que les informations écrites distribuées aux patients soient rédigées dans plusieurs langues (29), ce qui est similaire à la demande des soignants interviewés.

Le système anglo-saxon utilise également ce système de questionnaire. En salle d'attente, un questionnaire concernant les renseignements généraux et les antécédents de la patiente leur est distribué afin que le soignant ait toutes les informations nécessaires dès le début de la consultation.

Sur le même principe de favoriser la compréhension des informations importantes, le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) a rédigé une fiche d'information concernant la trisomie 21 qui a été traduite en Roumain, en Vietnamien, en Turc, en Russe, en Arabe et en Anglais (72).

D'autres fiches informatives sur le même modèle pourraient être réalisées pour l'ensemble des examens de dépistage, les recommandations et les attitudes préventives :

une fiche sur le dépistage des sérologies et du diabète, une fiche sur les conduites alimentaires à avoir pendant la grossesse relatives à la toxoplasmose, à la listéria, au diabète...

Dans les hôpitaux de Paris, un kit de communication a été mis en place pour faciliter la communication en situation d'urgence. Il a été approuvé par les associations de patients et l'association Inter-Service-Migrants (8). Ce kit se présente sous forme d'un classeur plastifié découpé en trois parties (Annexe VIII).

La première est destinée aux soignants. Des fiches mobiles avec des pictogrammes symbolisent les questions à poser aux patients (où avez-vous mal, est-ce que ça brûle?...) avec la traduction de la question en plusieurs langues.

La seconde partie regroupe des outils pour affiner les questions avec une montre, un alphabet pour épeler un nom ou un numéro de téléphone...

La troisième partie est destinée aux patients pour exprimer leurs besoins (la faim, la soif...).

Cependant ce kit est établi pour les urgences générales et non pour l'obstétrique ; mais il pourrait être une bonne base à adapter à chaque spécialité médicale.

3.8. Un suivi interdisciplinaire

3.8.1. L'importance d'un travail en réseau

Les recommandations de la HAS et du plan de périnatalité 2005-2007 expliquent l'importance d'un travail en réseau et d'une prise en charge médicosociale (45,73). Prendre en compte le côté social permet d'éviter les repérages tardifs des situations de vulnérabilité psychosociale et évite le recours aux urgences pour les pathologies qui auraient pu être soignées (20,32,47). Les réseaux de périnatalité favorisent l'accès aux soins et la coordination de prise en charge médico-psycho-sociale des femmes permet de repérer des situations pouvant être prise en charge précocement.

Cette prise en charge médico-socio-culturelle est d'autant plus importante que d'après une étude réalisée dans la même maternité d'Auvergne en 2013, un quart des femmes étrangères était suivi sur le plan social (26). La plupart des soignants de cette

étude essayaient de prendre en charge les femmes dans leur globalité mais deux ne s'intéressaient pas au versant psychosocial.

Il serait donc important de rappeler à tous l'importance d'une prise en charge globale des patientes afin de leur proposer un suivi optimal.

L'importance du travail en réseau, conformément aux recommandations de la HAS et du Référentiel métier, a également été mise en avant par certains professionnels (45,46,51,73). Il est important de travailler en partenariat avec les assistances sociales, la PMI ainsi que des professionnels compétents dans leur spécialité si besoin.

Certains soignants passaient la main à leurs collègues s'ils n'arrivaient pas à prendre en charge ces patientes de manière optimale, ce qui est conforme avec la qualité des soins recherchée. Cette délégation peut être dans certaines situations liée à un sentiment d'incapacité des professionnels à faire face seuls à ces situations compliquées.

Le travail en réseau (hôpital, libéraux, PMI) permet d'assurer la qualité et la continuité des soins en partageant un dossier commun. Il permet également une prise en charge précoce de l'ensemble des femmes enceintes du territoire, un repérage des décrochages et raccroche le suivi si besoin (20,39,52).

Néanmoins, ce type de prise en charge multiplie le nombre d'acteurs, de consultations et de lieux de consultations pour ces femmes, parfois sans ressources et en déficit de confiance vis-à-vis du système administratif.

3.8.2. Le PASS : un système à améliorer

Dans le Puy-de-Dôme, le système du PASS n'existe pas à proprement parler. Une entrevue entre l'enquêteur et les assistantes sociales de la maternité de niveau III de la région Auvergne a permis d'obtenir plus d'informations.

Aucun espace de permanence d'accès aux soins est créé au sein de l'hôpital. Ce sont les assistantes sociales qui gèrent la permanence de soins d'un secteur donné sur leur temps de travail. Les femmes enceintes non francophones sont référées aux assistantes sociales par les soignants, le bureau des entrées et les urgences. Le recours à un traducteur est très difficile. Un certificat médical demandant la prise en charge

conjointe avec un traducteur est envoyé à la responsable du service, qui en réfère ensuite à la directrice de l'hôpital. Le parcours est donc complexe et les assistantes sociales ont plus souvent recours à un des membres du personnel présent sur la liste des traducteurs de l'hôpital. Le système du PASS n'a donc pas toujours un accès facilité à l'interprétariat.

Il propose néanmoins un service de délivrance des médicaments. La pharmacie de l'hôpital fournit les médicaments aux femmes enceintes ayant un certificat médical quand elles n'ont pas encore de prise en charge financière.

Ce service ayant pour mission d'aider ces femmes, les assistantes sociales n'hésitent pas à les relancer lorsqu'elles décrochent du suivi pour essayer d'organiser la prise en charge de leur accouchement.

Cependant ce système n'est pas médiatisé et le personnel hospitalier médical du Puy-de-Dôme ne connaît pas son existence. En effet, aucun des professionnels interrogés ne connaissent ce service. Cette méconnaissance peut être expliquée du fait que ce service n'est pas clairement identifié au sein de la maternité de type III de la région Auvergne, contrairement à d'autres maternités.

Par exemple, les hôpitaux de Lyon-Est dispose d'un service de PASS développé et connu où les femmes enceintes sont suivies par des médecins puis orientées vers une maternité au 7^{ème} mois (52).

Cependant ce système n'est pas vraiment défini par la législation. Son fonctionnement est laissé à l'appréciation de chaque hôpital (31). Il faudrait créer un cadre structuré pour organiser les permanences d'accès aux soins de manière efficace.

3.8.3. Une collaboration avec la PMI

En Auvergne, le réseau RSPA met en relation la PMI et les hôpitaux. Des staffs sont proposés pour faciliter la prise en charge conjointe des patientes entre les employés de la PMI et ceux de l'hôpital. Mais aucun partenariat avec des interprètes n'est proposé aux femmes non francophones par la PMI, contrairement à d'autres départements.

Le service de PMI des Pyrénées Orientales, s'appuie sur des associations locales pour prendre en charge l'interprétariat (52).

De même, à Roanne, le service de PMI collabore avec un centre d'hébergement qui accueille des migrantes en situation irrégulière. Le Conseil Général finance la mise en place d'un interprète pour permettre à ces femmes de communiquer avec l'équipe médicale (52).

Développer un système similaire dans le Puy-de-Dôme serait bénéfique. Il faciliterait les échanges entre les parturientes non francophones et l'équipe médicale afin d'améliorer leur prise en charge globale.

3.8.4. Implication du service social

Outre le service de PASS et le partenariat avec la PMI, l'accompagnement de ces patientes est liée à une forte implication du service social.

Dans la maternité de type III de la région Auvergne, lors des consultations en urgence et en dehors des heures d'ouverture du service social de l'hôpital, l'accès à une permanence des soins est impossible. Les professionnels sont donc seuls, ce qui peut engendrer des hospitalisations non justifiées pour temporiser certaines situations.

Par contre, des organisations plus complexes avec des réseaux développés peuvent être observées.

Un projet parisien, le réseau Solipam, a essayé d'inclure dans le réseau de périnatalité des hébergeurs sociaux (SAMU Social, Emmaüs) pour s'attaquer aux différents obstacles médicaux et sociaux. Ce projet financé par le FIQCS est coordonné par une sage-femme et une assistante sociale à plein temps et dirigé par une gynécologue-obstétricienne à mi-temps. Les sages-femmes se déplacent dans les centres d'hébergement pour aller au contact direct des femmes enceintes et reçoivent l'aide d'associations ou de membres bénévoles du personnel pour la traduction. Ce projet singulier annonce de bons résultats concernant le suivi des femmes les plus démunies et en situation irrégulière (37,52).

Le dispositif Angevin, financé en MIG, repose sur le constat que les femmes vulnérables présentent une arrivée en travail en urgence sans suivi ultérieur de la grossesse et donc sans dossier médical, ce qui déstabilise les professionnels de santé.

L'unité médico-psycho-sociale périnatale, créée dans le cadre du PRAPS, vise à repérer de manière précoce ces femmes afin d'anticiper une réponse. Une sage-femme et une psychologue à plein temps ainsi que 3,5 mi-temps de sage-femme assurent une permanence téléphonique pour l'ensemble du département, ce qui permet de centraliser les demandes et de référer chaque femme à une structure de soins donnée. Un staff hebdomadaire réunissant plusieurs professionnels médicaux et sociaux permet de coordonner la prise en charge des patientes (52).

Le dispositif nantais a créé une unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale pour prendre en charge de manière spécialisée les femmes très vulnérables. Les professionnels y travaillant ont reçu une formation spécifique. La richesse de ce dispositif est le résultat d'un travail en équipe avec de larges temps de coordination. Il oriente ensuite les femmes vers les autres membres du réseau libéral et associatif. Il bénéficie aussi de partenariat avec des interprètes pour améliorer la communication (52).

Des projets sont donc en cours d'élaboration. Cependant, ils ciblent les problèmes d'hébergement et financiers mais la barrière linguistique n'est pas souvent abordée (20).

Le plan de périnatalité 2005-2007 précise que le soutien aux femmes ne parlant pas ou peu le français doit être amélioré (52).

Cependant ce travail interdisciplinaire amène la patiente à se confronter à un nombre élevé d'intervenants. Elle va devoir faire preuve d'adaptation et une relation de confiance pourra avoir plus de difficultés à se créer. Une prise en charge pluridisciplinaire pourrait altérer le suivi. Il est donc important de veiller à ne faire entrer que les acteurs nécessaires dans le suivi de grossesse d'une patiente non francophone.

3.9. Le recours à un interprète : une solution controversée

La circulaire de 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées mentionne la nécessité pour les établissements de recourir à des interprètes ou à des associations spécialisées (52,74).

Plusieurs études ont proposé comme solution à la prise en charge des patientes non francophones le recours à des interprètes. Les interprètes peuvent être différentes personnes : un traducteur professionnel, un membre de personnel hospitalier qui peut aider à traduire dans une langue donnée ou une connaissance qui accompagne la patiente. D'après les études et les professionnels interviewés dans cette étude, le recours à l'interprétariat ne semble jamais être optimal et plusieurs inconvénients ont pu être mis en avant (29,52,75).

3.9.1. Les traducteurs professionnels

Les centres hospitaliers peuvent faire appel à des sociétés professionnelles de traduction. Or différentes études ont mis en évidence les limites de cette méthode : notamment le temps passé à organiser le rendez-vous, le temps allongé de la consultation et le coût (35,29).

Les professionnels interrogés n'ont pas eu fréquemment recours à l'utilisation d'un traducteur professionnel.

Selon eux, les traductions se font souvent par téléphone, ce qui n'est pas optimal. Les biais induits par la traduction d'un accompagnant ont été mis en évidence par l'association Médecin du Monde, qui préfère l'utilisation de traducteurs téléphoniques (52). Cependant, certaines recherches ont précisé qu'une formation est nécessaire pour utiliser ce service téléphonique de manière opportune et pour structurer ses questions. Ce système est une solution rapide et pratique pour accéder à plusieurs interprètes de langues différentes (75).

Il existe un problème de disponibilité, que ce soit lors de l'intervention d'un traducteur professionnel ou d'un membre du personnel. Les interprètes ne sont pas toujours disponibles au moment voulu (35).

La difficulté d'accès à des traducteurs lors des temps de consultation conduit les professionnels à effectuer des consultations non pas en face à face mais à distance et parfois en dehors de leur temps de travail ou par téléphone. Cette situation complexe est rapportée par un soignant qui a partagé une expérience vécue : *« j'ai mené une consultation avec une patiente Mongole au téléphone dans le RER de Paris entre midi et deux avec l'aide d'une traductrice professionnelle, ce qui n'est pas optimal et très compliqué »*.

Pour une traduction optimale lors d'une consultation médicale, les interprètes doivent respecter certaines règles idéalement. Les interprètes doivent avoir une position proche du patient lui permettant de lui parler directement et de maintenir le contact visuel. Il est important qu'il se place à côté du patient (29). Son rôle est de répéter les questions et les réponses sans rien ajouter. Il doit garder le même sens du message et la même tonalité de voix. Pour aider, le soignant doit formuler des phrases courtes et ne délivrer qu'un message à la fois (75).

A l'hôpital Lariboisière, l'association Inter-service-migrant Interprétariat tient des permanences avec des traducteurs professionnels. Leur service a un coût relativement élevé : 30€ les 15 minutes téléphoniques et 115€ les 3 heures sur place (8). Ce système permet d'avoir accès à des traducteurs directement présents sur place, ce qui facilite leur intervention et leur disponibilité. Cependant le pourcentage de femmes non francophones est très élevé dans cet hôpital, ce qui peut justifier cette mise en place.

Les femmes sont également déstabilisées lorsqu'elles doivent parler à plusieurs personnes inconnues. Elles ne savent pas si elles peuvent faire confiance à l'interprète ni si elles peuvent parler librement sans craindre un souci de confidentialité (29).

3.9.2. Les membres du personnel faisant office de traducteurs

Un soignant a précisé qu'il serait intéressant de créer une base de ressources linguistiques plus exhaustive avec l'ensemble des membres du personnel. La liste actuelle ne regroupe pas tous les professionnels pour les langues données. Elle propose néanmoins plusieurs langues : Anglais, Portugais, Espagnol, Allemand, Italien, Arabe et Marocain mais seulement l'Anglais et l'Allemand sont parlés par un membre de

l'équipe de maternité. Certains parlent une langue étrangère et ne sont pas notés dans la liste disponible. Il faudrait donc la remettre à jour, en demandant à chacun de participer volontairement.

Cette solution est jugée satisfaisante d'après l'étude menée par Bischoff et Hudelson (76). Un projet mené à l'hôpital de Fribourg, en Suisse, en 2007, a eu pour but de sensibiliser le personnel soignant à l'interprétariat professionnel et improvisé. Cette étude a démontré que le délai entre l'appel d'un interprète improvisé (membre du personnel) et le début de l'intervention était de 15 minutes et que son intervention durait en moyenne 30 minutes. Cette intervention avait des conséquences et un impact négatif sur le travail de cet employé. Il a dû reporter ses tâches, se faire remplacer ou effectuer des heures supplémentaires, ce qui a eu un coût pour l'hôpital. Mais les membres du personnel servant d'interprètes ont été reconnus comme une ressource importante de l'institution. Malgré tout, la qualité de leur prestation était inférieure à celle des interprètes professionnels.

La conclusion de cette étude était que leur implication devrait se limiter aux situations de la vie quotidienne où les enjeux sont faibles et aux situations nécessitant un délai d'intervention court. Un interprète professionnel devrait être contacté dans les situations complexes (29).

La liste de traducteurs de la maternité n'a jamais été utilisée jusque là par les professionnels interrogés. Ils ont évoqué la difficulté à contacter ces traducteurs, les problèmes de disponibilité et le côté chronophage de la recherche. Ces difficultés mises en avant se basent sur des aprioris vu qu'ils n'ont jamais essayé d'utiliser cette liste.

3.9.3. Les accompagnants des patientes comme traducteurs

La plupart des professionnels encourageaient les femmes à venir accompagnées, mais il est difficile de le faire comprendre à une femme qui ne parle pas français. Un professionnel essayait de noter un mot sur la liste des rendez-vous en espérant qu'une personne autre le lise et puisse l'expliquer à la patiente.

La femme peut venir accompagner d'un membre de la famille, d'un proche ou d'une simple connaissance pour aider à la traduction.

Malgré la gratuité de cette aide, des problèmes se posent. La femme ne se sent pas toujours à l'aise pour parler de tous les sujets en présence de certaines personnes : de la douleur avec un enfant, des pertes vaginales en présence d'un homme, de contraception avec son mari ou une femme plus âgée. Dans certains cas cela peut s'avérer délicat voir impossible. Une partie de l'information peut donc être perdue.

De même, lorsque les échanges sont très chargés au niveau émotionnel, il est difficile d'obtenir une bonne traduction (77).

Les professionnels n'avaient pas confiance en ces interprètes improvisés. Ils ne pouvaient pas s'assurer de la retransmission exacte des informations. Les accompagnants n'avaient pas forcément de connaissances médicales et ils donnaient souvent des réponses courtes après une longue conversation et vice versa. Un professionnel a dit : *« avec une traduction, des fois, ce n'est pas beaucoup mieux car on donne de longues explications et le traducteur dit trois mots et la dame dit « oui oui » et on n'a pas l'impression que les personnes aient bien compris ni saisi l'importance de tout ce qu'on a voulu expliquer. »*

Les problèmes de la confidentialité et de l'intimité se posaient chez les professionnels interviewés ainsi que dans la littérature (77) ; mais un professionnel a déclaré que : *« si la femme vient accompagnée d'une tierce personne, je considère qu'on peut communiquer librement »*.

La question du respect du secret médical et de la confidentialité des données médicales peut se poser.

L'utilisation des interprètes a également des avantages. Elle permet aux soignants et aux patientes de poser des questions ou de répondre de manière précise ; ce qui peut éviter des erreurs d'incompréhension, réduire le taux d'erreurs médicales et améliorer les soins. L'état de santé des patientes est potentiellement augmenté. Leur satisfaction se traduit par une meilleure compliance (75,76).

3.9.4. Des médiateurs culturels et linguistiques

Bischoff a démontré que travailler avec des médiateurs culturels et linguistiques était la meilleure solution pour surmonter les barrières linguistiques (76).

Certains hôpitaux de Suède font appel à des Doula. Ces femmes, traditionnellement africaines, soutiennent les femmes enceintes pendant la grossesse, le travail et l'accouchement dans leur communauté. En Suède, elles collaborent avec les sages-femmes. Leur rôle est de traduire les informations dans les cas où la femme ne parle pas la langue du pays. Elles permettent également d'expliquer le côté culturel des choses et de rassurer les femmes dans un système de soin inconnu et plus médicalisé. Elles permettent de compenser le manque de connaissances des soignants sur la culture de ces femmes et montrent l'importance des compétences transculturelles au cours de la grossesse. Mais être Doula n'est pas une véritable profession et le problème de la réglementation et de la législation se pose, notamment celui du secret médical (78).

Le côté culturel est alors mis en avant. Il est important, pour prendre en charge une femme de nationalité étrangère, de connaître sa culture pour mieux la soigner. Le personnel soignant devrait donc recevoir une formation minimale sur l'aspect culturel, notamment au niveau obstétrical où la culture explique les comportements de ces patientes. Cela permettrait de mieux comprendre les patientes et de prévenir certains actes pouvant les choquer. L'importance de connaître la culture des femmes pour optimiser la prise en charge de la grossesse est également démontrée par Charles dans son étude concernant l'approche transculturelle de l'obstétrique (79).

3.10. Une prise en charge hétérogène due à un manque de moyens

Les moyens utilisés sont variables selon chacun.

Les professionnels interrogés s'aidaient chacun d'un moyen personnel différent : logiciel de traduction en ligne, rédaction de questions types en anglais, relai à un collègue, ...

La majorité des professionnels utilisaient beaucoup le langage non verbal avec plus de gestes et de mimiques pour faire face à la barrière de la langue et pour essayer

de transmettre un maximum d'informations : « *je parle beaucoup avec les mains, en montrant* ».

Mais comme le précise la législation, il est important et nécessaire de trouver un moyen pour palier à une difficulté de communication verbale (45) et proposer un support adapté à chaque femme (46).

3.11. Une demande d'aide unanime

L'ensemble de ces difficultés montre l'importance d'une relation de qualité et d'une communication rassurante de la part des soignants. Il est également important d'optimiser la prise en charge des patientes non francophones pour cibler au mieux leurs attentes et leur proposer des soins de la meilleure qualité possible (20,34).

Ce besoin d'aide est également ressenti par l'ensemble professionnels interrogés ainsi que par ceux des différentes études (47).

La nécessité d'une solution est d'autant plus importante que la population non francophone est en constante augmentation (5).

L'étude réalisée par Saurel-Cubizolles souligne les besoins primordiaux de prévention et de prise en charge pour cette population, assez nombreuse en France (17).

De plus, le plan de périnatalité 2005-2007 visait à améliorer la vision d'ensemble de la prise en charge obstétricale et cherchait à favoriser une prise en compte des problématiques autres que purement physiologiques (sociales, psychologiques, linguistiques...). Ce plan avait pour objectif de palier aux inégalités sociales dès la naissance et d'améliorer l'accès au droit, aux soins et à l'accompagnement psychosocial. Pour cela, il a mobilisé les dispositifs déjà existants, comme les PRAPS et les PASS, et les a adaptés aux enjeux de la naissance et de la parentalité, en favorisant la création et le développement des dispositifs cités précédemment (48,52).

Une des missions de l'OMS est également de combler ce fossé (80), conformément à la loi du 29 juillet 1998 contre les exclusions (81).

4. Projet d'action

Pour optimiser la prise en charge de ces patientes, plusieurs solutions peuvent être proposées.

La première serait d'allonger le temps d'une consultation et de proposer systématiquement un entretien prénatal, en lui faisant comprendre de venir accompagnée. Même si le but premier de cet entretien ne soit pas de remplir les démarches administratives, il pourrait permettre, dans ces situations, de revenir sur la consultation, de compléter un peu plus précisément le dossier médical et d'apporter des réponses aux questions que la patiente est susceptible de se poser.

Dans la mesure du possible le suivi devrait être organisé avec le même professionnel, qui aurait une meilleure connaissance de sa situation médicale, sociale, psychologique et économique.

Une deuxième solution serait celle de traduire en plusieurs langues le dossier médical informatisé. Ce dispositif a été créé à la suite des entretiens en partenariat avec les chefs de service et les membres de l'équipe soignante.

Des dossiers papiers ont été rédigés en différentes langues : Anglais, Espagnol, Portugais, Italien, Arabe, Tchèque, Russe, Géorgien, Turc. Les traductions ont été réalisées par plusieurs personnes bilingues volontaires mais aucune n'avait de certification pour la traduction.

D'après les premières utilisations, ce système est utile. Les professionnels ont donné le dossier papier à la patiente et le dossier médical est rempli ensemble à partir de la trame écrite. Les soignants ont trouvé un gain de temps, surtout pour retracer les antécédents de la patiente. Les femmes, elles, semblaient « soulagées » d'avoir un document qu'elles comprenaient.

Ce document nécessite cependant d'être officiellement testé pour valider sa pertinence et son utilité. En cas d'inclusion aux protocoles de l'hôpital, conformément au souhait du chef de pôle, les documents devront être vérifiés par des traducteurs officiels pour s'assurer de la conformité des informations données.

Certaines langues, retrouvées fréquemment dans cet hôpital, n'ont pas été traduites, faute de connaissance d'une personne volontaire pour participer à ce projet.

Conclusion

La France possède une politique d'accueil des immigrés qui conduit à une part importante de naissances issues de femmes d'origine étrangère (23,22% en 2015 au sein de la maternité de niveau III de la région Auvergne) ne parlant pas ou peu français pour certaines. Ces femmes ont également une situation socio-économique moins favorable que le reste de la population. Ajoutées à une communication difficile, ces conditions compliquent l'accès aux soins et accroît les risques périnataux.

Il a été démontré qu'une grossesse mal suivie, vécue de manière angoissante par la future mère et accompagnée d'une barrière linguistique pouvait entraîner des risques graves pour la santé de la mère et de l'enfant. Assurer un réel accompagnement de ces patientes devient un véritable enjeu de santé publique.

Les professionnels interrogés dans l'étude étaient pour la majorité en grande difficulté lors de la prise en charge d'une patiente ne maîtrisant pas la langue française. Ils rencontraient des problèmes pour mener l'interrogatoire et remplir le dossier médical, ainsi que pour obtenir le consentement de la patiente pour les examens de dépistage et lui apporter les informations et les réponses nécessaires.

Trouver une solution pour prévenir ces problèmes de communication verbale est donc nécessaire pour accompagner au mieux la grossesse.

Enfin, il semble essentiel de sensibiliser l'équipe soignante à la situation de ces femmes afin d'assurer une prise en charge optimale et un accueil humain dans ce contexte vulnérable de grossesse. Le personnel médical, mais aussi paramédical, devrait être sensibilisé sur l'approche transculturelle de la périnatalité. Comme le précise Tison, enseignante-chercheuse en psychologie sociale : « *acquérir les connaissances culturelles opérationnelles permet d'atteindre un degré de performance communicative optimal* ».

Pour compléter cette étude, il serait intéressant d'interroger les femmes non francophones pour apprécier leur ressenti et leur vécu de la grossesse ; ce qui pourrait aider à améliorer d'avantage leur prise en charge et proposer une solution adaptée. De plus, la grossesse pourrait être pour ces femmes un tremplin pour s'intégrer davantage dans le pays d'accueil et commencer l'apprentissage de la langue officielle.

Références bibliographiques

1. France. INSEE. *Définition d'un étranger* [en ligne]. <<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/etranger.htm>> (consulté le 23 novembre 2014)
2. France. INSEE. *Définition d'un immigré* [en ligne]. <<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/immigre.htm>> (consulté le 23 novembre 2014)
3. France. Direction de l'information légale et administrative. *Chronologie : histoire de l'immigration en dates*. Politiques publiques [en ligne]. <<http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-immigration/chronologie-immigration/>> (consulté le 23 novembre 2014)
4. France. INSEE. *Evolution de la part des populations étrangères et immigrées jusqu'en 2011*. 2011 [en ligne]. <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02131> (consulté le 23 novembre 2014)
5. France. *Les chiffres de la politique de l'immigration et de l'intégration - Année 2011 - Neuvième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Rapport au Parlement, 2011* [en ligne]. <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000159/index.shtml>> (consulté le 23 novembre 2014)
6. Jusot F, Berchet C. *État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature*. 2012 [en ligne]. <<http://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/9218>> (consulté le 21 septembre 2014)
7. France. INSEE. *Répartition des étrangers par nationalité*. 2011 [en ligne] <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=etrangersnat> (consulté le 23 novembre 2014)
8. Martin L. *Patients non-francophones : une prise en charge complexe*. Toute l'actualité infirmière avec Actusoins. [en ligne]. <<http://www.actusoins.com/9827/patients-non-francophones-une-prise-en-charge-complexe.html>> (consulté le 6 juillet 2015)
9. France. INSEE. *En résumé*. Auvergne, 2014 [en ligne]. <<http://www.insee.fr/fr/regions/auvergne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>> (consulté le 23 novembre 2014)

10. France. Office français de l'immigration et de l'intégration. *Demandeurs d'asile* [en ligne]. <http://www.ofii.fr/la_demande_d_asile_51/demandeurs_d_asile_335.html> (consulté le 2 février 2015)
11. France. Organisation de coopération et de développement économique. *Tendances des migrations internationales*. Système d'observation permanente des migrations, 1999 [en ligne]. <<http://www.oecd.org/fr/migrations/mig/2717690.pdf>> (consulté le 2 février 2015)
12. *La carte de l'espace Schengen*. Toute l'europe.eu. [en ligne]. <<http://www.touteleurope.eu/actualite/la-carte-de-l-espace-schengen.html>> (consulté le 7 février 2016)
13. LOI n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité. 2011-672 juin, 2011.
14. Conseil international sur les politiques des droits humains. *Migration irrégulières, trafic de migrants et droits humains : vers une cohérence*. Genève : 2010 [en ligne]. http://www.ichrp.org/files/summaries/39/122_pb_fr.pdf (consulté le 2 février 2015)
15. Bourdillon F, Lombraïl P, Antoni M, Benrekassa J, Bennegadi R, Leloup M, et al. *La sante des populations d'origine étrangère en France*. Social Science & Medicine, 1991, 32(11):1219–27.
16. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. *La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales*. La Revue Sage-Femme, 2012, 11(3):128–43.
17. Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M-H. *Santé périnatale des femmes étrangères en France*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2012, 2:3–4.
18. Carayol M, Bucourt M, Cuesta J, Blondel B, Zeitlin J. *Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ?* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [en ligne]. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231514000787>> (consulté le 30 novembre 2014)
19. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. *Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2005, 34(1):23–32.

20. Mahieu-Caputo D. *Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?* Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2010, 38(2):83–91.
21. Durand D. *Maternité chez les femmes en situation de précarité.* La Revue Sage-Femme, 2005, 4(1):14–23.
22. Dalmont C. *Maternité chez les femmes en situation de précarité* [en ligne]. 2012. <<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00731818/>> (consulté le 30 novembre 2014)
23. Scheidegger S, Vilain A. *Disparités sociales et suivi de grossesse* [en ligne]. France : DRESS, 2007. Report No.: 552. <<http://www.drees.sante.gouv.fr/disparites-sociales-et-surveillance-de-grossesse,4313.html>> (consulté le 20 novembre 2014)
24. Vilain A, Gonzalez L, Rey S, Matet N, Blondel B. *Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques* [en ligne]. DRESS, 2013. Report No.: 848. <http://www.drees.sante.gouv.fr/surveillance-de-la-grossesse-en-2010-des-inegalites-socio,11175.html> (consulté le 20 novembre 2014)
25. Philibert M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. *La surmortalité maternelle des femmes étrangères en France peut-elle être expliquée par une moindre qualité des soins obstétricaux ?* Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2008, 56(5, Supplément):274.
26. Supplisson C. *Suivi et pathologies de la grossesse chez les femmes immigrées : une étude descriptive au sein du CHU Estaing.* 2013.
27. Association Française des Anthropologues. *L'anthropologie* [en ligne]. Paris, 2015. <http://www.afa.msh-paris.fr/?page_id=32> (consulté le 11 octobre 2015)
28. Nacu A. *À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes.* Sociologie du Travail, 2011, 53(1):109–30.
29. Mondoux M. *Communiquer avec des patients de langue étrangère. Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins* [en ligne]. Fribourg : Haute Ecole de Santé, 2010. <https://doc.rero.ch/record/24898/files/MONDOUX_Marie_BT.pdf> (consulté le 30 novembre 2014)
30. COMEDE. *Accès aux soins, accès aux droits. Permanences d'accès aux soins de santé* [en ligne]. 2008. <http://www.comede.org/IMG/pdf/Sous%20chapitres%20Guide%202008/Guide-Comede-2008_11_permanences-acces-aux-soins-de-sante.pdf> (consulté le 2 juin 2015)

31. PODEUR A. *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS* [en ligne]. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf> (consulté le 2 juin 2015)
32. Moro MR. *Approche transculturelle de la périnatalité*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2004, 33(1, Supplement 1):5–10.
33. COMEDE. *Migrants/étrangers en situation précaire*. Soins et accompagnement [en ligne]. 2013. <http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf> (consulté le 23 novembre 2014)
34. Accard N, Benateau C. *Comme réponse à la précarité du lien mère-bébé, les « Petits Pas » : un réseau en périnatalité...* Pratiques Psychologiques, 2006, 12(2):157–75.
35. Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfker D, Heaman M, et al. *Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care : a systematic and comparative review of studies in five countries*. BMC Pregnancy Childbirth, 2014, 14:152.
36. Breton B, Peres A, Barranger E. *Grossesses non suivies : historique, issues materno-fœtales et devenir*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2013, 41(3):173–8.
37. Bréchat P-H. *L'accueil des populations précaires à l'heure plan hôpital 2007. Le cas des femmes en situation précaire accouchant à l'hôpital* [en ligne]. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/Mip/2009/groupe_14.pdf> (consulté le 30 novembre 2014)
38. Léglise I. *Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones?* [en ligne] Culture et recherche. Paris : Ministère de la Culture et de la Communication, 2011. <<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00680947/document>> (consulté le 30 novembre 2014)
39. Titran M. *Bientraitance parentale et grande précarité*. Pratiques Psychologiques. 2004, 10(1):65–77.
40. Cnamts. *CMU et complémentaire santé* [en ligne]. 2015. <<http://www.ameli.fr/informations-legales.php>> (consulté le 7 novembre 2015)
41. Cnamts. *L'aide médicale de l'Etat* [en ligne]. 2015. <<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/les-conditions-pour-beneficier-de-l-ame.php>> (consulté le 7 novembre 2015)

42. Cnamts. *La maternité* [en ligne]. 2015. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite/les-modalites-de-prise-en-charge.php> (consulté le 7 novembre 2015)
43. Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561> (consulté le 8 novembre 2015)
44. Université Paris 13. *La Communication* [en ligne]. <http://www.univ-paris13.fr/eufms/images/stories/Documents/la_communication.pdf> (consulté le 7 novembre 2015)
45. CASSF, Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. *Référentiel métier et compétences des sages-femmes* [en ligne]. 2010. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf> (consulté le 23 novembre 2014)
46. France. HAS. *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2005, 33(11):926–48.
47. Hegoburu A. *Comment accompagner les mères et futures mères en difficulté à l'occasion de la naissance de leur enfant?* [en ligne]. Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002. <<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2002/edh/hegoburu.pdf>> (consulté le 23 novembre 2014)
48. France. HAS. *Plan "périnatalité" 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité* [en ligne]. 2004. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf> (consulté le 23 novembre 2014)
49. France. HAS. *Synthèse des recommandations professionnelles* [en ligne]. 2007. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf> (consulté le 12 février 2015)
50. France. Site officiel Périnatalité. *Périnatalité* [en ligne]. 2014. <www.perinat-france.org> (consulté le 12 février 2015)
51. France. RSPA. *Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne* [en ligne]. RSPA. 2014. <https://www.auvergne-perinat.org> (consulté le 12 février 2015)

52. France. Ministère de la santé et des sports. *Evaluation du plan périnatalité 2005-2007* [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf (consulté le 12 février 2015)
53. Directive Européenne n°2000-78 du 27 novembre 2000 2000/78/CE du conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.
54. France. OMS. *La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé* [en ligne]. Sect. Préambule juillet, 1946 p. 100. <www.who.int> (consulté le 4 mars 2015)
55. France. Constitution 1789. *Déclarations des Droits de l'Homme et du Citoyen* [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789> (consulté le 12 février 2015)
56. France. Code de la santé publique. *Droits des personnes malades et des usagers du système de santé* [en ligne]. <<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 28 novembre 2014)
57. France. Ordre des sages-femmes - Conseil National. *Le code de déontologie* [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/deontologie_et_responsabilite/le_code_de_deontologie_/index.htm> (consulté le 2 décembre 2014)
58. France. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. *Les principes directeurs de l'apprentissage des langues* [en ligne]. <<http://www.education.gouv.fr/cid21459/les-principes-directeurs-de-l-apprentissage-des-langues.html>> (consulté le 18 mars 2015)
59. France. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. *Les langues vivantes étrangères et régionales* [en ligne]. <<http://www.education.gouv.fr/cid206/les-langues-vivantes-etrangeres.html>> (consulté le 18 mars 2015)
60. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
61. Touré L. *Présentation des techniques d'enquêtes qualitatives* [en ligne]. 2010. <http://www.usi.umontreal.ca/pdf/2010/bulletin_octobre/formation_observatoire.pdf> (consulté le 27 mars 2016)
62. Comeau Y. *L'analyse des données qualitatives*. Canada : Cahiers du CRISES, 1994, Report No.: ET9204.

63. Savoie-Zajc L. *Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?* In *Recherches Qualitatives. Hors Série*. 2007, 99–111.
64. Bailey J. *First steps in qualitative data analysis : transcribing*. *Fam Pract*. 2008, 127_131.
65. Wanlin P. *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels*. 2007, *Hors Série*(3):243–72.
66. Andreani J-C, Conchon F. *Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing*. 1999.
67. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. *Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques*. 2006, 110–38.
68. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
69. OGDPC. *Le DPC peut-il être pris en charge?* [en ligne]. 2015. <<https://www.ogdpc.fr/ogdpc/dpcprisencharge>> (consulté le 11 avril 2016)
70. France. Organisation mondiale de la santé. *La définition de la santé de l'OMS* [en ligne]. 1946. <<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>> (consulté le 3 janvier 2016)
71. Hills LS. *Tips for working through language and cultural barriers in your medical practice*. *The Journal of Medical Practice Management*, 2009, 244–7.
72. CNGOF, CNSF, FNMR, SFR. *Information destinée aux femmes enceintes sur la possibilité de recourir, à leur demande, au dépistage prénatal de la trisomie 21* [en ligne]. 2014. <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/referentiels/Trisomie21/cngof_T21-mai_2014-francais_VALIDE.pdf> (consulté le 3 janvier 2016)
73. France. HAS. *Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* [en ligne]. 2007. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf> (consulté le 13 janvier 2016)
74. France. Ministère de la Santé et des Solidarités. *Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée* [en ligne]. DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 2 mars 2006. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf> (consulté le 20 mars 2016)

75. Thom. *Using telephone interpreters to communicate with patients*. Nursing times, 2008, 104:28–9.
76. Bischoff A, Hudelson P. *Communicating With Foreign Language–Speaking Patients : Is Access to Professional Interpreters Enough?* Journal of Travel Medicine, 2010, 17(1):15–20.
77. Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A, Bernstein M. *Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland*. Sozial- und Praventivmedizin, 1999, 44(6):248–56.
78. Akhavan S, Lundgren I. *Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden—A qualitative study*. Midwifery, 2012, 28(1):80–5.
79. Carles G. *Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2014, 43(4):275–80.
80. Leclerc A, Kaminski M, Lang T. *Inégaux face à la santé: du constat à l'action* [en ligne]. La Découverte Paris, 2008. <<http://87.98.143.6/system/files/ozalids11.pdf>> (consulté le 11 décembre 2014)
81. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Annexe I

Répartition des étrangers par nationalité en 2012, selon l'INSEE (7)

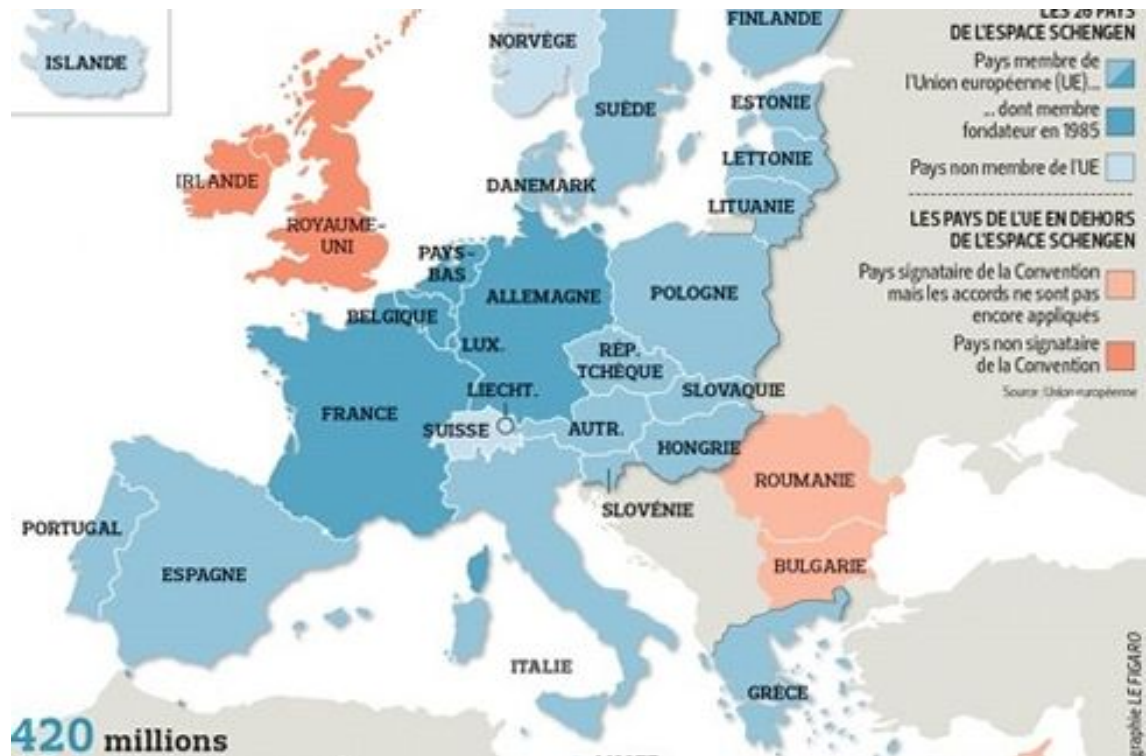
	Répartition (en %)	Effectifs
Europe	39,6	1 576 508
UE à 27	35,0	1 391 258
Espagnols	3,4	133 421
Italiens	4,4	174 856
Portugais	12,8	509 254
Britanniques	3,9	156 432
Autres nationalités de l'UE à 27	10,5	417 294
Autres nationalités d'Europe	4,7	185 250
Afrique	40,2	1 600 185
Algériens	11,8	469 595
Marocains	11,0	436 429
Tunisiens	3,9	155 012
Autres nationalités d' Afrique	13,5	539 149
Asie	13,9	553 901
Turcs	5,5	217 806
Cambodgiens, Laotiens, Vietnamiens	1,0	39 235
Autres pays d'Asie	7,5	296 859
Nationalités d'Amérique et d'Océanie	6,3	250 042
Total	100,0	3 980 635

Champ : France.

Source : Insee, recensement de la population, exploitation principale.

Annexe II

L'espace Schengen (12)



Annexe III

<h3>Grille d'entretien</h3>

Présentation de la population – renseignements généraux

- Quelle est votre profession ?
- Depuis combien d'années exercez vous ?
- Quelles langues parlez vous ? (de manière à comprendre et être compris dans le domaine médical)
- Avez-vous fait des formations complémentaires en langues?

Ressenti et opinion des professionnels lors de la prise en charge des femmes enceintes non francophones

- Avez-vous déjà eu à suivre une femme non francophone lors de votre carrière ?
- Vous souvenez vous d'une situation où vous avez dû prendre en charge une femme non francophone ? Pouvez-vous me la raconter ?
- Quelles sont pour vous les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces femmes ? (*communication, observance, prescription des dépistages VIH avec informations claires, loyales, éclairées...*)
- Quelles ont été vos limites dans ces situations ? Quel est votre ressenti face à cette situation ?

Conséquences pour la pratique quotidienne

- Ces femmes sont elles seules lors de la consultation ou accompagnées ? Si elles sont accompagnées, par qui ?
- La durée moyenne d'une consultation est-elle la même pour des patientes francophones et des patientes non francophones ? durée ?
- Le contenu et le déroulement d'une consultation sont-ils les mêmes ?
- Quels sont les éléments essentiels à recueillir auprès de ces femmes lors du suivi obstétrical : à T1, T2, T3, en consultations d'urgence

- Les actions de dépistage, de prévention et le suivi de la grossesse sont-ils aussi optimaux que pour une patiente francophone ?

Que faites vous comme actions de dépistages et de préventions pour ces patientes ? Le faites-vous en systématique pour toutes les patientes, ou pour cette catégorie là ? Pourquoi ce tri ? Le faites-vous même en l'absence d'un consentement libre de la patiente ?

(Ex : HT21, HGPO, VIH)

Solutions à mettre en place pour optimiser la prise en charge de ces patientes

- A votre avis, des dispositifs devraient ils être mis en œuvre pour améliorer la prise en charge de ces femmes ?
- Connaissez-vous les moyens mis à dispositions dans votre service pour aider à la compréhension et à la prise en charge de ses femmes ? *(liste traducteurs)*
- Quels sont les dispositifs que vous avez rencontrés sur vos différents lieux d'exercice pour faciliter la prise en charge de ces patientes ?
- Selon vous, quels moyens pourraient être mis en place pour optimiser leur prise en charge ?

Annexe IV

Tableau d'analyse horizontale des données

Thèmes	Idées principales	Précisions	Verbatim		
			Entretien 1	...	Entretien 8
Présentation de l'échantillon	Faible maîtrise des langues				
Ressenti et opinion	Situation très courante				
	Difficultés +++	Communication verbale			
		Remplir dossier médical			
		Donner des informations Recueillir un consentement			
		Caractéristiques particulières de ces patientes			
	Insatisfaction	Problèmes de temps			
		Problèmes de compréhension			
		Prise en charge non optimale et non satisfaisante			
	Conséquences pour la pratique quotidienne	Déroulement de la consultation différent	Problème de temps, durée de la consultation trop courte		
Anamnèse écourtée					
Examen clinique très présent					
Problèmes de communication		Langage non verbal très présent			
		Question des différents dépistages			
		Confrontation à des problèmes éthiques			
Travail pluridisciplinaire					
Accompagnement de ces femmes		Isolément			
		Problèmes des traducteurs non professionnels			

Solutions	Hétérogénéité des moyens de prise en charge				
	Manque de moyens				
	Moyens non adaptés	Problèmes des traducteurs			
		Problèmes financiers			
	Nécessité de proposer une solution				
Commentaires					

Annexe V

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES NON FRANCOPHONES

Directeur du mémoire : BROSSIER Marion, *mtruchot@chu-clermontferrand.fr*

Investigateur : GABRIAC Justine, *Justine.Gabriac@etu.udamail.fr*.

L'étudiant(e) sage-femme, GABRIAC Justine,

Adresse : Ecole de sages-femmes, U.F.R. de médecine et pharmacie 28 place Henri DUNANT, 63001 Clermont-Ferrand BP 38.

Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : " Les difficultés rencontrées par les professionnels de sante dans la prise en charge des femmes non francophones "

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiant(e) sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiant(e) sage-femme qui m'a présenté(e) l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis conscient(e) que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiant(e) sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiant(e) sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulé : " Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des femmes non francophones "

- Noms : Prénoms :

- Courriel :

- Numéro de téléphone : / / / /

Numéro d'anonymat du (de la) patient(e) : |__|__|__|

Je refuse de participer à l'étude intitulé : " Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des femmes non francophones "

Fait (en double exemplaire) à :

Le :

Signatures

Fait en deux exemplaires originaux

Annexe VI

LETTRÉ D'INFORMATION

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES NON FRANCOPHONES

Investigateurs :

- GABRIAC Justine, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Madame BROSSIER Marion, sage-femme.

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail *Justine.Gabriac@etu.udamail.fr* soit par téléphone au xx xx xx xx xx

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des femmes non francophones ".

Une étude sur les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des femmes non francophones est engagée au sein du pôle FEE. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études de Justine GABRIAC, une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame BROSSIER Marion, sage-femme.

1. Pourquoi cette étude

Cette étude est réalisée dans le but de cibler les difficultés que les professionnels de santé rencontrent dans la prise en charge des femmes non francophones, afin d'optimiser cette prise en charge.

2. L'étude en pratique

Pour réaliser cette étude, des entretiens semi-directifs seront réalisés. Ces entretiens dureront 30min maximum pour laisser le temps aux personnes interrogées de s'exprimer librement sur le sujet. Ils seront enregistrés pour faciliter un traitement exhaustif des données ; puis une fois les données traitées, ces enregistrements seront détruits pour protéger l'anonymat des personnes acceptant de participer à l'étude.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à *Madame BROSSIER Marion, mtruchot@chu-clermontferrand.fr*

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Madame BROSSIER Marion, sage-femme : *mtruchot@chu-clermontferrand.fr*
- GABRIAC Justine, étudiante sage-femme : xx xx xx xx xx ou Justine.Gabriac@etu.udamail.fr.

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

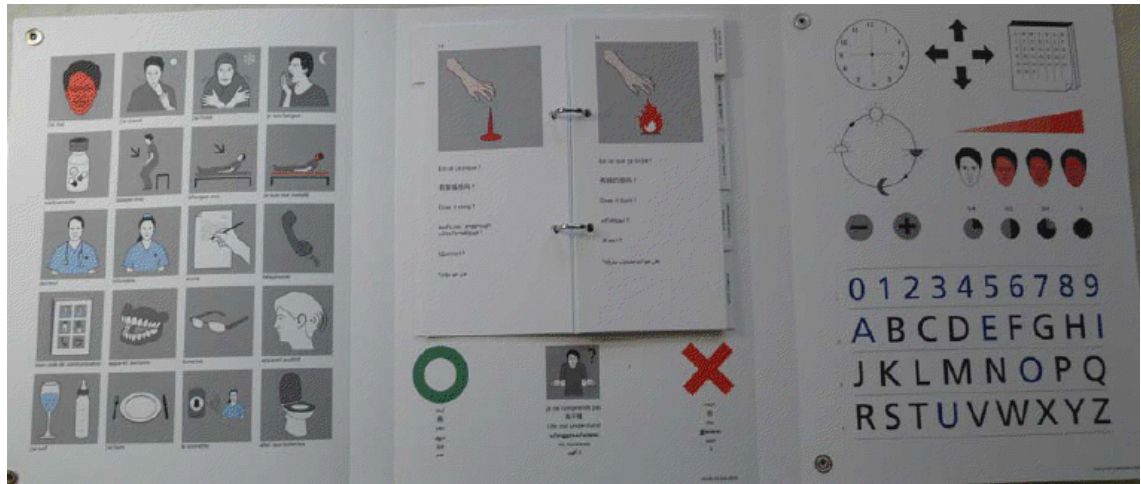
Annexe VII

Evolution de la population étrangère accouchant au sein de la maternité de niveau III de
la région Auvergne entre le 1^{er} mars 2010 et 31 septembre 2015

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
France métropolitaine	67,78	69,70	71,81	72,31	70,81	70,68
Europe du Nord	1,73	1,67	1,62	1,42	1,76	1,58
Europe du Sud	2,85	2,18	1,98	2,03	2,27	2,71
Afrique du Nord	8,15	7,74	8,61	8,43	8,88	8,75
Afrique	2,74	1,87	2,55	2,95	2,49	2,77
DOM-TOM	1,76	1,44	1,77	2,09	2,68	2,48
Asie	1,01	1,09	1,23	1,47	1,18	1,03
Asie Mineure	1,16	1,90	1,41	1,32	1,52	1,38
Autres	1,35	1,72	2,19	2,26	2,44	2,51
Inconnue	11,47	10,69	6,81	5,72	2,96	6,11
Toutes nationalités étrangères confondues	20,66	19,65	21,41	22,03	23,29	23,22
Nombre total d'accouchements	2663	3472	3878	3922	4132	3096

Annexe VIII

Kit de communication (8)



RESUME

Introduction : Le phénomène migratoire actuel conduit à une augmentation du nombre de naissances issues de femmes étrangères ne maîtrisant pas toujours la langue française. Cette barrière de communication peut engendrer des difficultés pour un suivi prénatal conforme aux recommandations éthiques et professionnelles en vigueur.

Objectif : Etudier les difficultés éprouvées par les professionnels de santé lors de la prise en charge des femmes non francophones.

Méthode : Une étude qualitative, exploratoire à visée compréhensive, a été réalisée. Des entretiens semi-directifs auprès de huit professionnels de santé d'Auvergne ont été conduits, puis analysés de manière thématique.

Résultats : L'analyse thématique a mis en exergue quatre thèmes principaux. Une faible maîtrise des langues étrangères, une grande difficulté et un sentiment d'insatisfaction des professionnels ont été évoqués lors de la prise en charge prénatale de femmes non francophones. Enfin, une modification des pratiques professionnelles a été observée avec un allongement du temps et du nombre des consultations suivis d'un recours plus fréquent à l'interdisciplinarité.

Discussion : La prise en charge des femmes non francophones est hétérogène. Les dispositifs d'aide existants sont peu nombreux, et souvent méconnus des professionnels de santé. Face à ce manque de moyens, une demande d'aide unanime a été mise en évidence par tous les professionnels dont la volonté est de proposer les meilleurs soins possibles. Pour répondre à la demande du corps médical et de la population non francophone, un dispositif d'aide a été élaboré dans le cadre de cette étude.

Mots-clés : difficultés, grossesse, barrière linguistique, amélioration, suivi

ABSTRACT

Background : The current migratory flow of people into France has led to an increase in births from women who do not speak French. This language barrier creates issues for caregivers who provide pregnancy and post-partum care in accordance to professional recommendations and ethics code.

Objective : To understand the difficulties experienced by caregivers who are working with women who do not speak French.

Study design : A qualitative and comprehensive study was conducted. Semi-open questions have been created based on the thematic analysis of interviews with eight caregivers in Auvergne.

Results : Many ideas have been derived from the thematic analysis of the four main topics. Weak foreign language comprehension resulting in a high level of caregivers dissatisfaction has been mentioned when they provide pregnancy care to women who do not speak French. These communication issues create many consequences including, but not limited to : prolonged consultation times, additional consultations, and cross-disciplinary work due to misunderstandings. This causes both provider and patient dissatisfaction. Solutions need to be put in place that produce a standard and optimal process.

Discussion : The level of care provided to women who do not speak french is inconsistent. There are few processes that exist to help caregivers, and they generally do not know these procedures. To improve pregnancy follow up, we propose an aid device that answers both the needs of the medical staff and foreign patients.

Keywords : difficulties, pregnancy, language barrier, improvement, monitoring

