



HAL
open science

La barrière de la langue : connaissances et pratiques des sages-femmes

Hélène Girault

► **To cite this version:**

Hélène Girault. La barrière de la langue : connaissances et pratiques des sages-femmes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01693742

HAL Id: dumas-01693742

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01693742>

Submitted on 26 Jan 2018

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2016

**LA BARRIERE DE LA LANGUE : CONNAISSANCES ET
PRATIQUES DES SAGES-FEMMES**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Helene GIRAULT

Née le 24 mars 1993

SOUS LA DIRECTION DE : Mme P. RESMOND

**LA BARRIERE DE LA LANGUE : CONNAISSANCES ET
PRATIQUES DES SAGES-FEMMES**

REMERCIEMENTS

A Madame P. Resmond

Cadre supérieure de santé, membre de la CRUQ-PC du CHU de Rouen, directrice de ce mémoire.

A Madame C. Pastor

Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Rouen, guidante de ce mémoire.

A Madame A. Hébert

Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Rouen, pour son aide précieuse et son carnet d'adresses.

A Madame A-L. Renais

Sage-femme au CHU de Rouen, pour son enthousiasme communicatif.

A Madame S. Langaney

Sage-femme territoriale à Caucriauville, de m'avoir confortée dans le choix de ce sujet.

A Madame S. Allais

Documentaliste à la bibliothèque universitaire, pour son aide dans mes recherches.

A toutes les sages-femmes et toutes les patientes qui m'ont inspiré ce travail.

Aux sages-femmes ayant répondu à cette enquête.

Aux cadres sages-femmes m'ayant permis de mener cette étude.

A Thomas, ma famille et mes amis

Pour leur soutien, leur patience et leur avis.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	1
La revue de la littérature	3
1. La barrière de la langue : impact en santé publique	4
1.1. Définitions	4
1.2. Démographie	5
1.3. Les conséquences de la barrière de la langue	5
2. Les techniques de communication existantes.....	7
2.1. Les ressources des soignants	7
2.2. Les outils de l'hôpital.....	8
2.3. L'interprétariat.....	10
2.4. Focus sur la communication inter-culturelle.....	12
3. L'aspect déontologique.....	13
3.1. La responsabilité de la sage-femme	13
3.2. Le secret médical et la confidentialité.....	14
3.3. Le consentement libre et éclairé.....	15
L'enquête.....	17
1. Matériel et méthode.....	18
1.1. Type d'étude	18
1.2. Elaboration du questionnaire	18
1.3. Envoi des questionnaires	19
1.4. Matériel d'analyse	20
2. Les résultats.....	20
2.1. Taux de réponse.....	20
2.2. La population étudiée	20
2.3. Lieu d'exercice des sages-femmes interrogées.....	21
2.4. Durée d'exercice en tant que sage-femme	22
2.5. Services dans lesquels les sages-femmes travaillent la plupart du temps	23
Fréquence estimée de la prise en charge de patientes non francophones.....	23
2.6. Nombre de langues parlées par la sage-femme (français y compris).....	25
2.7. Outils de traduction connus par la sage-femme.....	26
2.8. Outils facilement disponibles sur le lieu de travail des sages-femmes.....	27
2.9. Outils les plus fréquemment utilisés par les sages-femmes.....	29
2.10. Outils souhaités.....	30

2.11. Question ouverte : utilisez-vous un autre outil de traduction ?	30
2.12. Connaissances des sages-femmes à propos des conséquences de la barrière de la langue.....	31
2.13. Circonstances dans lesquelles la barrière de la langue pose le plus de problèmes	34
Discussion	37
1. Atouts de l'étude	38
2. Biais de l'étude.....	38
3. Réponse aux hypothèses	39
3.1. Les sages-femmes connaissent mal les outils de communication disponibles .	39
3.2. L'accès à ces outils est trop complexe pour la pratique quotidienne	40
3.3. L'utilité de ces outils est sous-estimée, notamment sur le plan de la qualité des soins et de la déontologie	41
Conclusion	43

INTRODUCTION

La communication est une problématique quotidienne des soignants. « Communiquer avec ses semblables » est un des quatorze besoins fondamentaux des patients, énoncés par Virginia Henderson. La communication peut être compliquée dans plusieurs situations : chez les jeunes enfants, dans les situations de stress, chez les patients sourds ou aphasiques, et quand la barrière linguistique sépare le soignant et le patient.

Plusieurs situations de stage m'ont amenée au choix de ce sujet notamment le contact de couples non francophones en détresse, livrés à eux-mêmes faute d'outils adaptés. La barrière de la langue fait partie intégrante du quotidien des soignants, et de la sage-femme en particulier ; profession où la communication, la confiance et l'accompagnement sont cruciaux.

Préserver une relation de qualité avec les patients est l'une des sources de motivation les plus citées par les soignants. (1). En effet, comment se satisfaire de gestes approximatifs et de quelques mots d'anglais, pour accompagner le moment exceptionnel qu'est la naissance ? Que dire des situations pathologiques urgentes où nous laissons des patientes et leurs conjoints dans le flou ? Comment effectuer notre mission de prévention et d'éducation lors des consultations et des suites de couches ?

La sage-femme intervient en effet dans 8 situations : la consultation prénatale, la préparation à la naissance et à l'accouchement, les consultations obstétricales d'urgence, le travail l'accouchement et ses suites, l'hémorragie de la délivrance, le suivi post-natal, la consultation gynécologique de prévention et la réanimation néonatale (2). Aucune de ces situations ne peut se passer d'une communication claire avec notre patiente.

Le code de déontologie des sages-femmes est également très clair : « la sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire ; elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage ». (3)

Cet aspect du soin est pertinent dans le contexte actuel d'immigration et de mondialisation : 7 millions d'étrangers vivent aujourd'hui en France, et 70 millions de touristes y voyagent chaque année. Nous ne pouvons évidemment pas maîtriser toutes les langues ; mais c'est un devoir éthique que de faire appel à tous les moyens de communication pour accompagner aux mieux ces patientes.

Pourquoi la barrière de la langue pose-t-elle un problème de qualité des soins dans la pratique quotidienne des sages-femmes, malgré les divers outils disponibles ?

Nous émettons trois hypothèses :

- Les sages-femmes connaissent mal les outils de communication disponibles.
- L'accès à ces outils est trop complexe pour la pratique quotidienne.
- L'utilité de ces outils est sous-estimée, notamment sur le plan de la qualité des soins et de la déontologie.

Notre étude montrera si le problème vient plutôt d'une méconnaissance des outils, d'un problème d'accessibilité ou d'une méconnaissance des conséquences de la barrière de la langue.

1. LA BARRIERE DE LA LANGUE : IMPACT EN SANTE PUBLIQUE

1.1. DEFINITIONS

Le langage est

« ... la faculté que possède l'être humain d'exprimer sa pensée et de communiquer avec autrui par certains gestes conventionnels oraux ou écrits. » (4)

La langue est

« ... l'ensemble de signes gestuels, sonores et écrits obéissant à des conventions, particuliers à un peuple ou à un groupe de peuples, permettant l'expression et la communication de la pensée. » (4)

Un étranger :

« Qualifie, désigne une personne d'une autre nationalité, par rapport aux nationaux d'un pays donné. » (4)

Un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. 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 à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. (5)

L'acculturation est un processus de changements culturels et psychologiques qui résultent d'interactions entre deux groupes culturels indépendants, résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes. Il existe quatre modes d'acculturation : l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalisation. (6)

L'ethnocentrisme est la tendance à penser que les caractéristiques de sa culture sont meilleures que celles des autres

groupes et à interpréter le comportement des autres à travers sa grille d'analyse nationale. En effet, lorsqu'on rencontre une personne d'une autre culture, on a tendance à comparer et à traduire les mœurs et coutumes des personnes en fonction de nos propres critères, nos « filtres ». A partir de là on considère bien souvent sa propre culture comme supérieure. (7)

1.2. DEMOGRAPHIE

1.2.1. EN FRANCE

En 2013, 14,7% des naissances étaient issues de mères étrangères, avec une prédominance de l'origine maghrébine. La même année, plus de 60 000 naissances (soit 7%) étaient issues de deux parents étrangers. (8)

Ces chiffres sont en augmentation constante depuis le début des années 1990.

Nous supposons que les couples étrangers sont les plus susceptibles de ne pas être francophones.

1.2.2. EN HAUTE-NORMANDIE

En 2012, parmi les 23690 naissances vivantes déclarées en Haute-Normandie, 1777 étaient issues de mères étrangères, soit 7,5% des naissances.

Les nationalités les plus représentées sont les Algériens, les Marocains et les Turques. (9)

1.3. LES CONSEQUENCES DE LA BARRIERE DE LA LANGUE

1.3.1. POUR LES PATIENTS

Le recueil de l'information fait partie de la pratique soignante : une bonne anamnèse est la première étape d'une bonne prise en charge. Les problèmes de communication ont un impact sur la qualité

des soins : expérience frustrante pour le patient et le médecin, diagnostics manqués, examens médicaments et hospitalisations inutiles, problèmes de fidélité au traitement, sous-utilisation des services de santé (surtout les services préventifs et de psychiatrie), gestion inadéquate des maladies chroniques, problèmes médico-légaux, consultations multiples pour le même problème. (10)

La barrière de la langue peut avoir des conséquences directes sur la prise en charge : un patient qui ne parle pas la langue du soignant a 70% de chances de plus d'être admis à l'hôpital qu'un patient qui parle la même langue que le personnel hospitalier. Les admissions diminuent quand on fait appel à un interprète. (11)

Nous avons relevé plusieurs enquêtes traitant du ressenti des mères étrangères : les avis sont partagés, certaines se sont senties très entourées et accompagnées, d'autres laissées de côté et incomprises. (12) (13)

1.3.2. POUR LES SOIGNANTS

Pour les soignants, la prise en charge de patients non francophones engendre du stress, une augmentation de la durée de la consultation et une augmentation de la charge de travail. (12)

Le recours aux soignants bilingues comme interprètes pendant leurs heures de travail réduit leur efficacité dans leur fonction de soignants. (10)

1.3.3. POUR L'HOPITAL

Le recours à l'interprétariat professionnel engendre des frais supplémentaires directs, mais une amélioration des soins primaires et préventifs peut entraîner une réduction des coûts à long terme : diminution du nombre de consultations d'urgence répétées, limitation des hospitalisations et des traitements inutiles. (10) En revanche, les professionnels libéraux sont plus réticents car

l'interprète est à leurs frais. Ils auront plus tendance à faire « avec les moyens du bord ».

La barrière de la langue est donc une problématique qui concerne tous les soignants ; voyons à quels outils ils peuvent avoir recours pour prendre en charge la population étrangère.

2. LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION EXISTANTES

2.1. LES RESSOURCES DES SOIGNANTS

Les soignants en général utilisent leurs compétences personnelles pour communiquer avec les patients ne maîtrisant pas le français.

Les sages-femmes françaises, grâce à leurs études universitaires, maîtrisent en théorie l'anglais. Malheureusement le niveau est très hétérogène et la communication reste parfois limitée. De plus, l'anglais n'est pas la seule langue à laquelle nous sommes confrontés.

Certains soignants apprennent, ou du moins se familiarisent, avec les langues les plus parlées dans leur zone d'exercice. Dans le département d'Alsace-Lorraine par exemple, l'allemand est une langue très utilisée et maîtrisée par beaucoup de soignants du fait de la proximité avec l'Allemagne.

Les soignants peuvent également utiliser des outils de traduction en ligne : www.traducmed.fr permet de mener une anamnèse médicale dans quatorze langues étrangères (l'allemand, l'anglais, l'arabe, le chinois, le croate, l'espagnol, le géorgien, l'italien, le polonais, le portugais, le roumain, le russe, le serbe et le tchèque), et le site s'enrichit régulièrement grâce à la contribution de soignants bilingues. Cependant les phrases disponibles sont limitées : l'anamnèse obstétricale permet de se faire une idée du motif de consultation pour les urgences, mais pas d'approfondir l'interrogatoire

ou d'accompagner une femme en travail. C'est un bon outil de premier recours, pour les consultations par exemple, même s'il reste incomplet. (14)

Plus pratique encore pour les partisans des nouvelles technologies, plusieurs applications pour smartphones ont vu le jour. Medipicto propose des pictogrammes permettant de mener rapidement un interrogatoire de patient. Cet outil a été créé à l'origine à destination des personnes handicapées. Mediglote propose un lexique et des questions types dans trente-trois langues différentes.

Bien entendu, le non-verbal reste un outil clé pour communiquer avec les patients par des gestes, des expressions du visage, des sons. Il reste cependant trop superficiel pour un interrogatoire médical précis ou pour des explications techniques cruciales.

2.2. LES OUTILS DE L'HOPITAL

Les établissements proposent au cas par cas des outils spécifiques.

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens a par exemple mis en place une liste du personnel bilingue, auxquels l'équipe soignante a recours au cas par cas. Ce système comporte bien sûr des failles : le personnel bilingue n'est pas disponible en permanence, et le temps passé à l'interprétariat est du temps perdu pour leur fonction de soin.

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a édité en 2011 un kit de communication destiné à la prise en charge des patients aphasiques ou handicapés. Il comporte des pictogrammes permettant de mener un interrogatoire simple, diverses échelles (échelle visuelle analogique pour coter la douleur, échelle horaire..) et des pictogrammes permettant au patient d'exprimer ses besoins.

Quelques questions sont traduites en anglais, russe, tamoul, chinois, mandarin et arabe. Créé à l'origine pour les situations d'urgence (en particulier le service de SAMU et SMUR) le kit a ensuite été distribué dans divers services. Malheureusement il n'est plus édité à ce jour et nous n'avons pas pu nous en procurer. Nous supposons qu'il s'est révélé peu intéressant dans la pratique. (15)

Le CHU de Toulouse a créé des livrets d'information et des fiches d'urgence dans les sept langues les plus parlées de la région, afin d'améliorer la communication avec les populations locales.

L'hôpital de Lariboisière propose une permanence de traducteurs pour les consultations agendées, mais il est difficile d'organiser une permanence pour les situations d'urgence. De plus, cette organisation risque de créer des stigmatisations : « le mardi c'est le jour des étrangers ».

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) et le COMEDE (Comité Médical pour les Exilés) ont créé en 2006 le « Livret de santé bilingue » décliné en 22 langues : Albanais, anglais, arabe, arménien, bengali, bulgare, créole, chinois, espagnol, géorgien, hindi, kurde, lingala, ourdou, portugais, pular, roumain, russe, serbe, soninké, tamoul, turc et wolof. Ce livret est destiné directement aux patients. Il permet une bonne communication à propos des services de santé, de l'administration et du soutien juridique et social. La partie médicale est satisfaisante à propos de la prévention : il contient des explications claires sur les vaccinations, les maladies infectieuses, les infections sexuellement transmissibles, la contraception et le mode de vie en général. Il est par contre inutile pour une consultation obstétricale d'urgence ou un accouchement. (16)

L'association Inter Service Migrants Interprétariat propose une permanence téléphonique à temps plein, avec des interprètes dans

90 langues et dialectes. En région d'Ile-de-France les interprètes d'ISM interprétariat se déplacent également sur rendez-vous. (17)

L'ANESF (Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes) a édité en 2016 un « Lexique de la Maïeutique » qui propose des phrases types en huit langues : anglais, allemand, espagnol, italien, turc, grec, russe, arabe. Les phrases disponibles permettent de mener un examen clinique obstétrical, d'accompagner une femme en travail et de recueillir les antécédents obstétricaux. (18)

2.3. L'INTERPRETARIAT

L'interprétariat peut prendre plusieurs formes, comportant chacune des avantages et des inconvénients. (Annexe 1)

L'interprète informel est un proche qui accompagne le patient (souvent un membre de sa famille) et qui maîtrise le français ou l'anglais. Cette forme d'interprétariat a l'avantage de la disponibilité mais comporte plusieurs failles : la confidentialité n'est pas respectée, et la présence d'un tiers impliqué émotionnellement peut engendrer une censure de la part du patient ou de l'interprète lui-même. Ils n'ont pas de formation à l'interprétariat ni de connaissances médicales et la traduction n'est pas toujours de bonne qualité, engendrant des erreurs de diagnostic et de prise en charge. On peut relever notamment des erreurs médicales, des complications, une prolongation de la durée d'hospitalisation et des consultations multiples inutiles. Le cas particulier des enfants mineurs comme traducteurs est à éviter autant que possible : cela entraîne des problèmes de neutralité, une autocensure de la part des patients, une inversion des rôles dans la famille qui peut bouleverser l'équilibre de l'enfant et un absentéisme scolaire.

L'interprète professionnel est un employé qui rend possible le dialogue. Il est soumis au secret professionnel et n'a pas de lien affectif avec le patient, ce qui améliore la confidentialité par rapport à

un interprète informel. Il existe des interprètes de langues rares, permettant de rentrer en communication avec un patient totalement isolé. Il permet un échange de qualité mais n'est pas toujours disponible.

Le médiateur culturel est un interprète qui a une bonne connaissance de la culture rattachée à la langue. Il permet de passer outre la barrière de la langue, mais résout aussi les malentendus générés par les différences de représentations entre le patient et le soignant. En effet, selon les cultures, les représentations du corps, de la douleur, de la maladie ne sont pas les mêmes et cela peut prêter à confusion. Il peut s'avérer utile pour éclaircir les situations où les références culturelles des deux interlocuteurs sont trop différentes pour qu'ils se comprennent. Par exemple, certaines cultures africaines considèrent comme néfaste le fait de voir le fœtus avant la naissance, ce qui peut poser des problèmes de représentations et donc des conflits lors des échographies ; le rôle du médiateur culturel est alors d'éclaircir les malentendus. Tout comme l'interprète professionnel, il n'est pas toujours disponible et il est difficile de pouvoir organiser une rencontre lors d'une hospitalisation de courte durée. (12) (19)

Dans la même logique, certains établissements de santé proposent des interventions de représentants des différents cultes. La mise en place de ces actions traduit une véritable volonté de s'adapter à chaque personne et à lui permettre de vivre dans sa culture, même à l'hôpital.

Une étude suisse menée parmi des médecins recrutés pour soigner les demandeurs d'asile a montré leurs préférences en matière d'outils de traduction :

- 45% souhaitent avoir accès à un traducteur téléphonique
- 58% souhaitent avoir accès à des glossaires dans plusieurs langues

- 85% souhaitent la présence d'interprètes
- 66% préfèrent un médiateur culturel à un traducteur classique.

Les médecins interrogés précisent que les affections simples ne nécessitent pas de médiation et qu'un glossaire suffirait. Ils souhaitent finalement des outils divers, pour pouvoir s'adapter aux diverses situations. Notons que ces médecins ont un mode d'exercice particulier et ne sont pas représentatifs de la majorité des soignants. (20)

L'association humanitaire Médecins du Monde emploie des soignants bilingues en anglais, espagnol ou portugais selon la mission. Des traducteurs sont recrutés sur place, leur présence a une double utilité : elle permet la communication avec les patients mais également la transmission du savoir aux soignants locaux. (21)

2.4. FOCUS SUR LA COMMUNICATION INTER-CULTURELLE

La langue est aussi le reflet d'une culture, d'un système de représentations, d'un mode de pensée. La maîtrise de la langue ne garantit pas la compréhension de l'autre : souvent une traduction ne peut trouver une correspondance exacte d'un mot d'une culture vers une autre. Il faut également prendre en compte le non-verbal et les expressions de langage courant. Les signes de tête, les intonations et les rythmes, les codes conversationnels peuvent être source de malentendus. Le médiateur culturel permet de contrer ces malentendus grâce à sa connaissance des codes culturels. (22)

Communiquer avec un patient d'une autre culture demande un véritable positionnement de la part du soignant. En effet, il existe six étapes de sensibilité aux différences culturelles :

- Le déni, la défense et la minimalisation sont des attitudes ethnocentriques, c'est-à-dire que le soignant a des difficultés

à accepter la culture de l'autre, il reste centré sur sa propre culture.

- A l'inverse, l'acceptation, l'adaptation et l'intégration sont des attitudes qui montrent la capacité du soignant à voir le monde du point de vue d'autres cultures. Ce sont des comportements ethnorelatifs, plus proches de la médiation culturelle. (22)

3. L'ASPECT DEONTOLOGIQUE

3.1. LA RESPONSABILITE DE LA SAGE-FEMME

Le référentiel métier des sages-femmes liste les huit situations types de l'exercice de la sage-femme, comme détaillé dans l'introduction. Il détaille également les compétences transversales qui touchent toutes les situations : l'expertise professionnelle, la communication, la collaboration, le professionnalisme, la défense des droits et des besoins, la gestion et l'organisation, l'érudition et la responsabilité. La communication est donc une compétence à acquérir et à améliorer pour les sages-femmes, ainsi que la défense des droits et des besoins qui entre aussi en jeu dans le cadre de la barrière de la langue. (2)

Le code de déontologie, comme cité dans l'introduction, demande à la sage-femme de s'assurer de la bonne compréhension des prescriptions par la patiente. (3)

Les exceptions à l'information sont l'urgence ou l'impossibilité d'informer, et le refus d'information. La barrière de la langue n'est pas une impossibilité d'informer, mais simplement un obstacle que la sage-femme se doit de surmonter au mieux, avec les moyens dont elle dispose. (23)

La charte du patient hospitalisé évoque la communication en plusieurs points : (24)

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent.

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent. La personne hospitalisée bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant.

La communication est donc un véritable enjeu du métier de sage-femme.

3.2. LE SECRET MEDICAL ET LA CONFIDENTIALITE

Le recours à des interprètes informels (du type famille, ou voisins) pose un problème de confidentialité des informations médicales. En effet, le patient peut s'auto-censurer devant un de ses proches, le traducteur peut également censurer des informations pour ne pas mettre le patient « dans l'embarras ». Dans l'exercice de la sage-femme, avoir recours aux enfants d'une patiente immigrée pour traduire ses propos pose des problèmes évidents d'intimité. Le problème se répète dans le cas d'un mari violent qui traduit les propos de sa femme. (Annexe 1)

Dans le cas d'un interprète professionnel ou d'un médiateur culturel, cette personne est soumise au secret professionnel. On parle de « secret médical partagé » comme dans une équipe médicale composée de plusieurs professionnels. Le patient ne connaissant pas

personnellement l'interprète, il aura moins tendance à censurer ses propos. (Annexe 1)

3.3. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Plusieurs actes médicaux requièrent une bonne information du patient, pour qu'il puisse donner son consentement libre et éclairé. C'est un des points essentiels de la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des patients : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. ». (25)

Le consentement éclairé s'appuie sur une information claire, loyale et appropriée. Il est libre, révocable et il doit être renouvelé. (23)

Dans le cadre du dépistage combiné de la trisomie 21, ou du dépistage néonatal du troisième jour de vie, une bonne information de la patiente ou du couple est indispensable pour qu'ils puissent saisir les enjeux de ces dépistages. Ces cas particuliers posent également une problématique culturelle : les représentations de la maladie des patientes étrangères peuvent être différentes de celles des soignants. Il s'agit d'une barrière à la communication supplémentaire, un médiateur culturel peut s'avérer nécessaire.

Le manuel de certification édité par l'HAS en 2014 fait de l'information une priorité : « le respect de ces droits à l'information et au consentement est un objectif essentiel pour les établissements de santé et leurs professionnels, qui doivent mettre en place des organisations pertinentes destinées à faciliter leur exercice ». Les critères de certification déclinent trois aspects de l'information : information du patient sur son état de santé et les soins proposés, consentement et participation du patient, et information du patient en cas de dommage lié aux soins. (26)

La charte Romain Jacob a été écrite pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. L'article 3 intitulé « exprimer les besoins » demande aux soignants de recueillir les besoins des personnes via des outils partagés, et de favoriser l'expression directe des personnes. Les articles suivants concernent l'organisation de l'accès aux soins et à la prévention, l'amélioration de la réponse aux urgences médicales, le recours aux technologies de l'information et de la communication. (27). Tous ces items sont également cruciaux pour la prise en charge des patients ne parlant pas le français.

L'ENQUETE

1. MATERIEL ET METHODE

1.1. TYPE D'ETUDE

Pour répondre à notre problématique et à nos hypothèses, nous avons eu recours à une enquête prospective multicentrique descriptive auprès des sages-femmes cliniciennes des maternités publiques de Haute-Normandie. L'objectif était d'établir un état des lieux des stratégies de communication qu'elles utilisent pour comprendre quels outils pourraient être réajustés.

1.2. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Nous avons rédigé un questionnaire comportant treize questions, dont sept questions à choix multiples, quatre questions ayant des réponses à classer, une question ouverte et un tableau comportant huit items (Annexe 2). Le questionnaire comporte une partie à propos des modalités d'exercice de la sage-femme, une partie sur les moyens de communication qu'elle utilise et une partie sur ses connaissances à propos des outils de traduction (leurs modalités et leurs enjeux). Le questionnaire était volontairement assez court, pour être imprimé en format A4 recto-verso. Nous espérons ainsi proposer un format attractif pour avoir le plus de réponses possible.

Avant le début de l'enquête nous avons testé ce questionnaire auprès de nos proches (famille et amis étudiants en médecine) afin d'évaluer la facilité de compréhension des questions et le temps nécessaire pour répondre. Le temps de réponse a été estimé entre trois et cinq minutes. Nous avons effectué quelques changements de formulation sur les questions qui pouvaient prêter à confusion.

Le questionnaire a ensuite été validé par la sage-femme enseignante guidante de l'école de sages-femmes, et par la directrice de mémoire.

1.3. ENVOI DES QUESTIONNAIRES

Nous avons exclu les sages-femmes libérales de notre étude car nous avons estimé que les patientes ne parlant pas le français se rendent plus facilement à l'hôpital ou en PMI que dans un cabinet libéral. Nous avons également exclu les sages-femmes exerçant dans les maternités privées de la région, estimant que les patientes étrangères fréquentent plutôt des maternités publiques. Nous n'avons cependant pas réussi à organiser l'enquête auprès des sages-femmes territoriales de Protection Maternelle et Infantile ni à obtenir l'accord de la cadre territoriale.

Nous espérons avoir interrogé les sages-femmes les plus confrontées à la barrière de la langue dans leur pratique quotidienne, malgré le manque des sages-femmes de PMI qui auraient certainement eu des réponses intéressantes.

Nous avons contacté les sages-femmes cadres supérieures des maternités publiques de la région : au CHU, au Havre, au Belvédère, à Elbeuf, à Evreux, à Dieppe, à Fécamp, à Bernay, à Gisors, à Vernon et à Lillebonne. Nous avons sélectionné les maternités ayant accepté l'enquête avant le 13 novembre 2015.

Avec l'accord des cadres de service, le questionnaire a été distribué en version papier dans les maternités du CHU, du Belvédère, d'Elbeuf, de Dieppe, d'Evreux, de Fécamp, de Vernon et de Gisors. Nous avons laissé au total deux cent quatre-vingt questionnaires à disposition des sages-femmes, avec une enveloppe de retour laissée dans chaque service. La période d'investigation s'est étendue du 13 novembre 2015 au 27 janvier 2016, avec plusieurs relances par téléphone et par passage dans les services auprès des sages-femmes au cours de cette période. Ceci nous a permis de récolter au total cent vingt-cinq questionnaires remplis exploitables. Nous avons donc eu 44.6% de réponses, ce qui est satisfaisant pour exploiter les résultats de notre enquête.

1.4. MATERIEL D'ANALYSE

Courant février 2016, après avoir récupéré tous les questionnaires remplis, nous avons créé le questionnaire sur le logiciel statistique Sphinx et rentré manuellement tous les résultats recueillis. Nous avons ensuite procédé au dépouillement automatique des réponses grâce au logiciel. Nous avons utilisé les distributions de variables et le test du khi 2 pour analyser les résultats. Les questions qui demandaient aux sages-femmes de classer des items ont été exploitées grâce à des fréquences cumulées croissantes.

2. LES RESULTATS

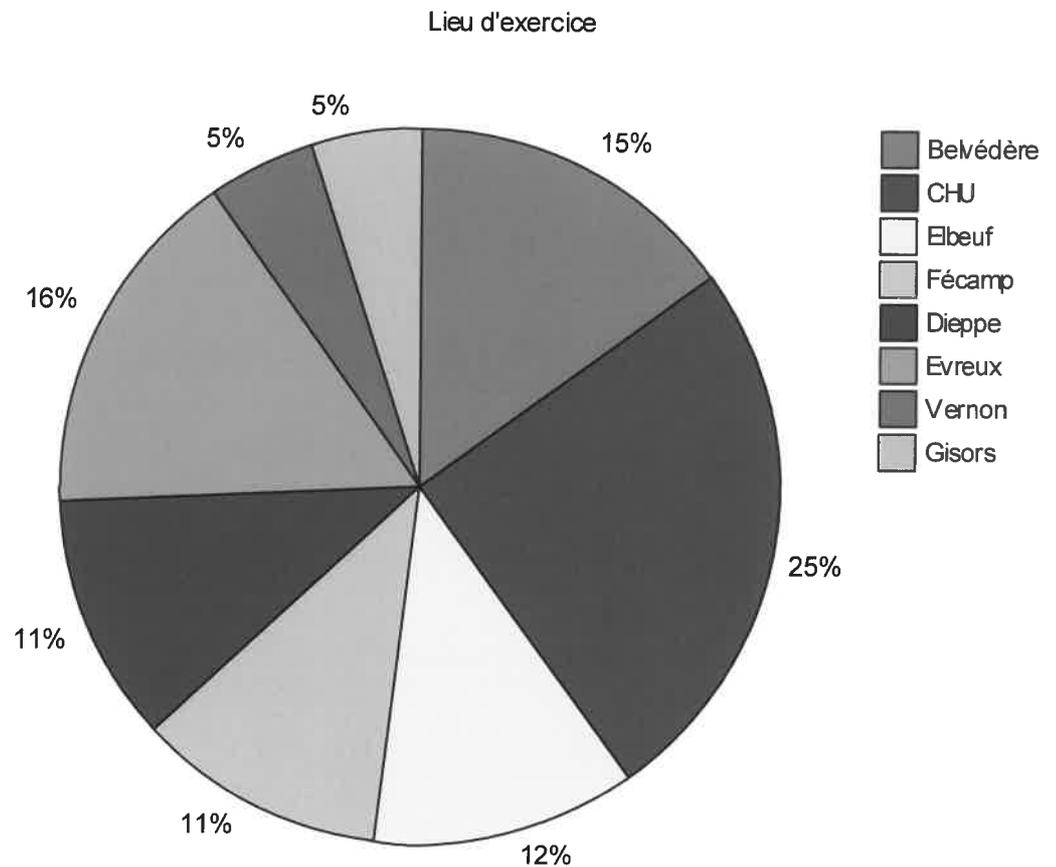
2.1. TAUX DE REPOSE

Après avoir distribué deux cent quatre-vingt questionnaires dans les services de maternité, nous avons eu 44.6% de réponses à notre questionnaire et nous avons donc pu étudier les réponses de 125 sages-femmes.

2.2. LA POPULATION ETUDIEE

L'échantillon se compose de 94% de femmes et 6% d'hommes.

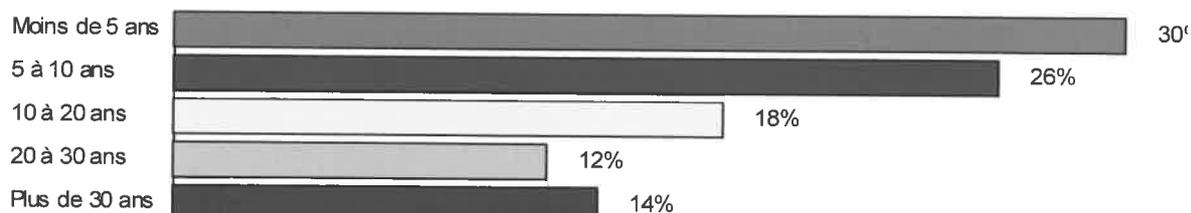
2.3. LIEU D'EXERCICE DES SAGES-FEMMES INTERROGÉES



L'échantillon est assez représentatif des sages-femmes de la région Haute-Normandie : 25% des sages-femmes interrogées travaillent dans une maternité de niveau III, 54% dans une maternité de niveau II et 21% dans une maternité de niveau I. Les maternités participant à l'étude sont implantées sur l'ensemble du territoire régional.

2.4. DUREE D'EXERCICE EN TANT QUE SAGE-FEMME

Durée d'exercice

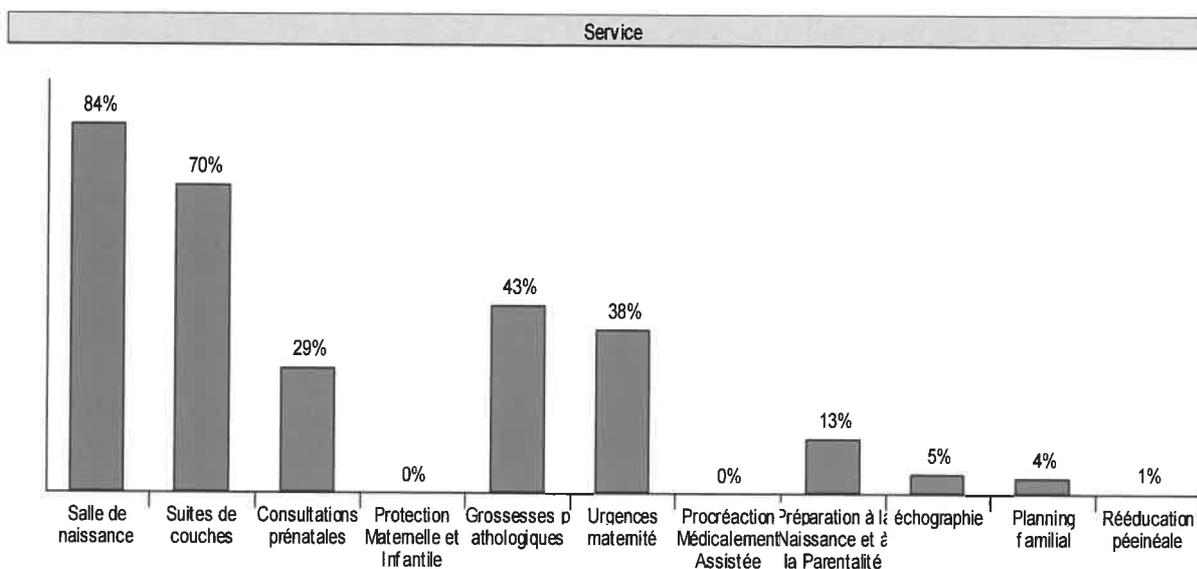


Outils les plus utilisés	Non réponse	Les langues que vous parlez et des gestes simples	Un accompagnant qui peut traduire	Un soignant de l'équipe qui peut traduire	Un interprète professionnel	Un traducteur téléphonique	Des outils papier : fiches, lexiques, dictionnaires	Des outils informatiques de traduction	TOTAL
Durée d'exercice									
Moins de 5 ans	1	37	36	34	29	28	31	32	228
5 à 10 ans	0	33	30	30	22	20	23	27	185
10 à 20 ans	0	22	20	17	12	12	13	16	112
20 à 30 ans	2	12	12	10	7	9	7	7	66
Plus de 30 ans	0	17	14	13	6	5	8	11	74
TOTAL	3	121	112	104	76	74	82	93	665

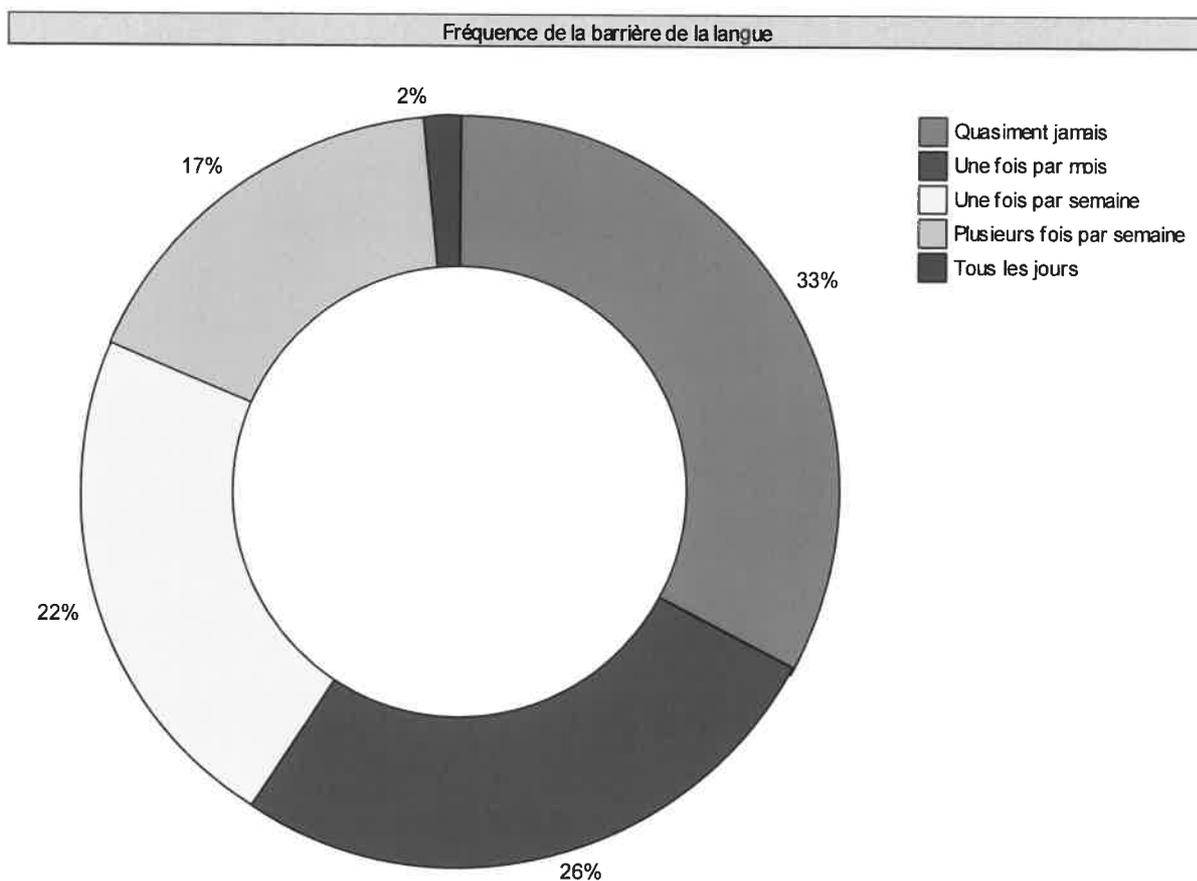
chi2 = 18, ddl = 28, 1-p = 8%.

La dépendance n'est pas significative puisque $p = 0.92$. Donc les outils utilisés ne varient pas selon la durée d'exercice des sages-femmes.

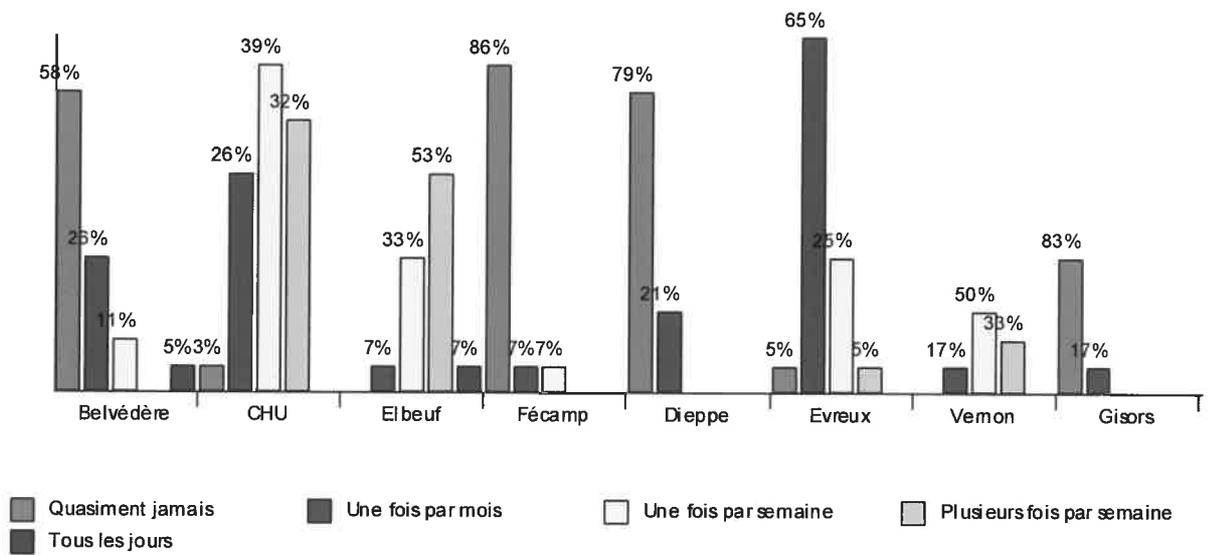
2.5. SERVICES DANS LESQUELS LES SAGES-FEMMES TRAVAILLENT LA PLUPART DU TEMPS



FREQUENCE ESTIMEE DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTES NON FRANCOPHONES

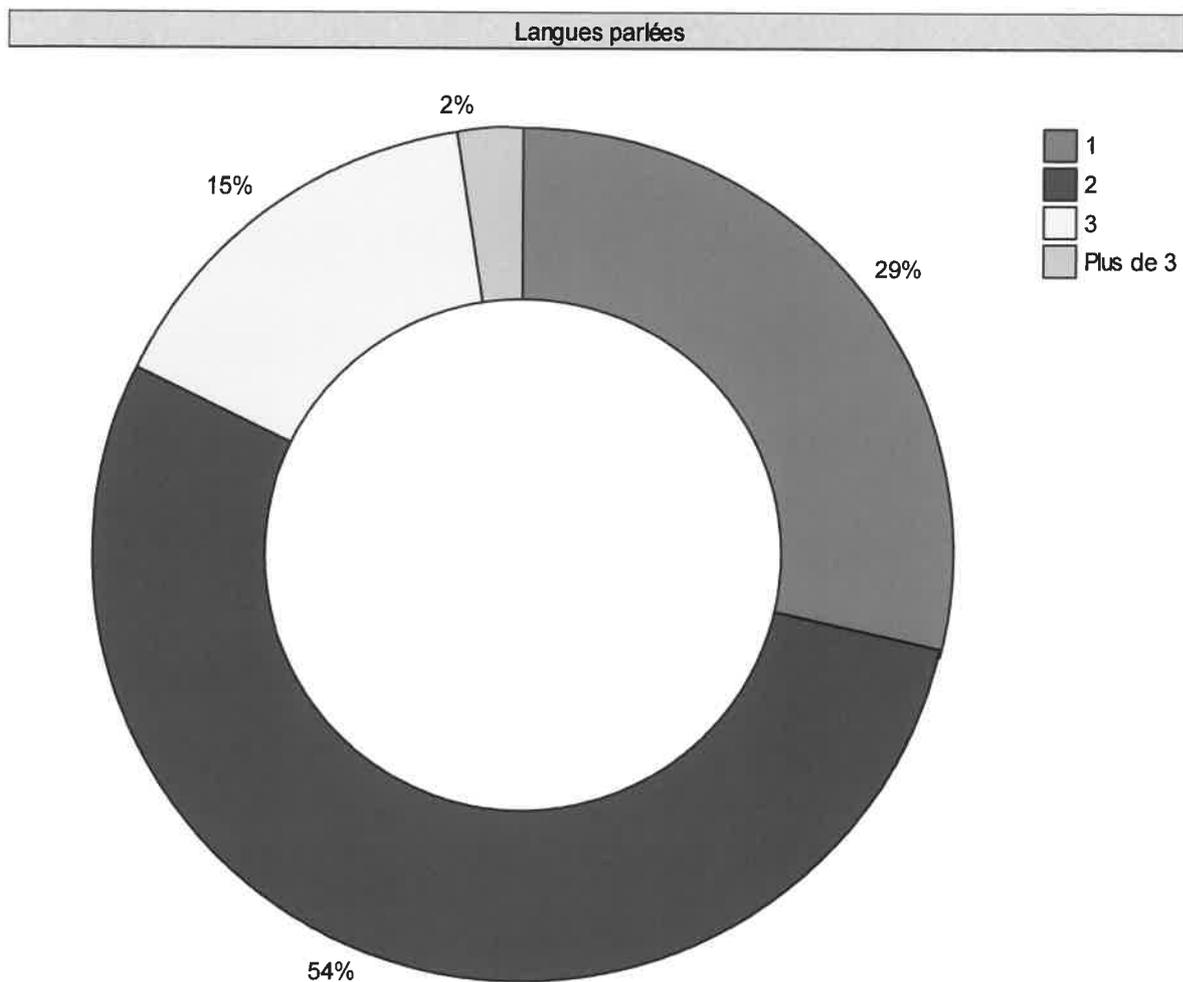


Lieu d'exercice x Fréquence de la barrière de la langue



Nous remarquons que les maternités du CHU et d'Elbeuf sont celles qui semblent accueillir le plus de patientes non francophones. La dépendance est très significative avec $p < 0.01$.

2.6. NOMBRE DE LANGUES PARLEES PAR LA SAGE-FEMME (FRANÇAIS Y COMPRIS)

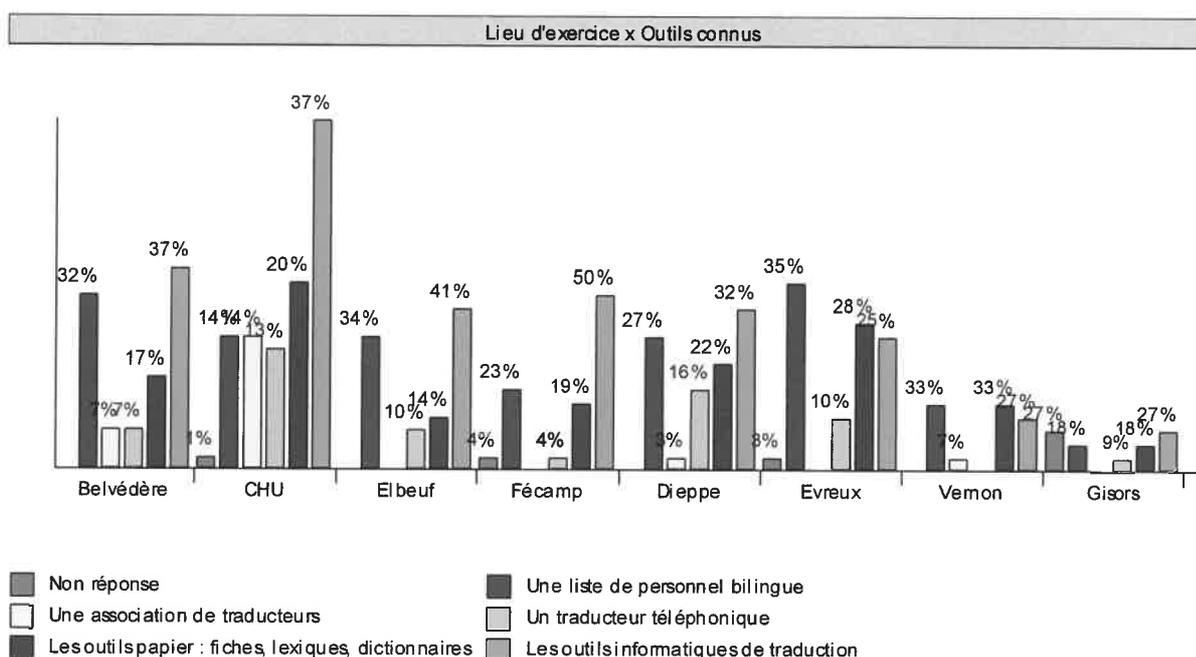


Nous pouvons supposer que les sages-femmes ayant indiqué être bilingues parlent en majorité l'anglais.

2.7. OUTILS DE TRADUCTION CONNUS PAR LA SAGE-FEMME

Outils connus	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	6	5%
Une liste de personnel bilingue	70	56%
Une association de traducteurs	15	12%
Un traducteur téléphonique	27	22%
Les outils papier : fiches, lexiques, dictionnaires	56	45%
Les outils informatiques de traduction	95	76%
TOTAL OBS.	125	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. Les outils informatiques sont les plus connus par les sages-femmes, puis viennent la liste de personnel bilingue, les outils papiers, le traducteur téléphonique et en dernière position, l'association de traducteurs.



Nous constatons que les outils informatiques de traduction sont les mieux connus au Belvédère, au CHU, à Elbeuf, à Fécamp, à Dieppe et à Gisors. A Evreux, la liste de personnel bilingue est l'outil qui est le plus connu des sages-femmes. A Vernon, la liste de personne bilingue arrive en tête avec les outils papier de traduction. Les associations de traducteurs et les traducteurs téléphoniques ne sont que peu connus par les sages-femmes : les chiffres les plus hauts sont de 14% au CHU pour l'association de traducteurs, et de 16% à Dieppe pour le traducteur téléphonique. Ces résultats sont très significatifs avec $p < 0.01$.

La connaissance des outils ne semblent pas varier selon la durée d'exercice des sages-femmes puisque nous obtenons $p = 0.75$.

La connaissance des outils ne semble pas non plus dépendre du service dans lequel les sages-femmes travaillent puisque $p = 1$.

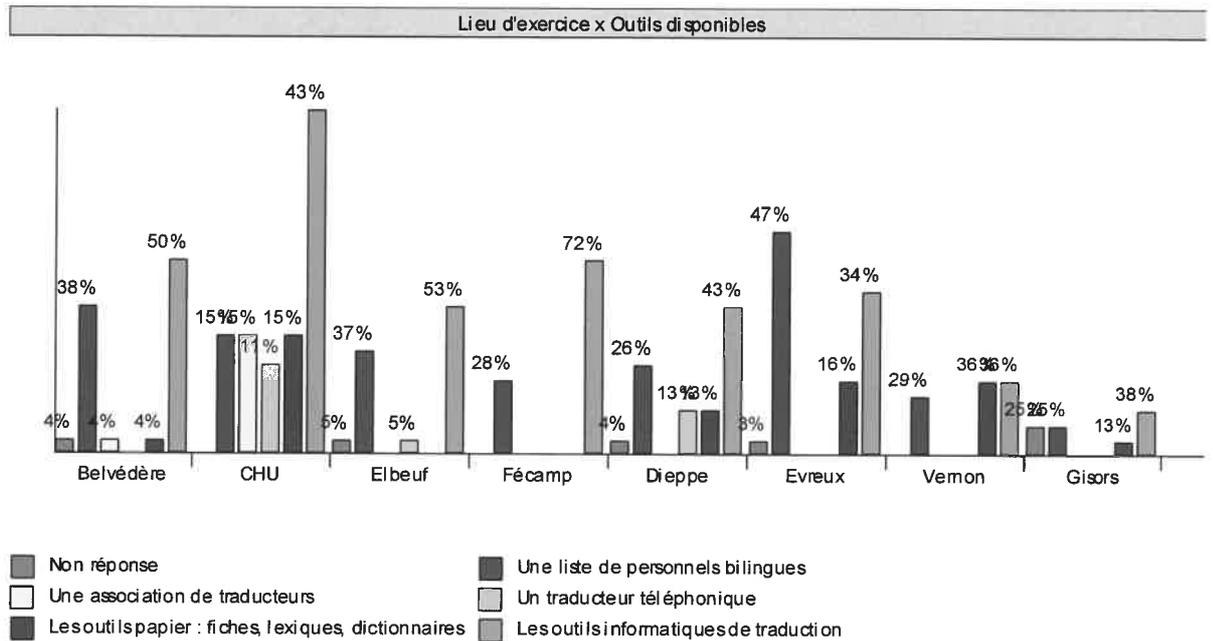
La fréquence de la barrière de la langue ne semble pas non plus influencer la connaissance des outils par les sages-femmes puisque $p = 0.98$.

2.8. OUTILS FACILEMENT DISPONIBLES SUR LE LIEU DE TRAVAIL DES SAGES-FEMMES

Outils disponibles	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	6	5%
Une liste de personnels bilingues	57	46%
Une association de traducteurs	9	7%
Un traducteur téléphonique	10	8%
Les outils papier : fiches, lexiques, dictionnaires	23	18%
Les outils informatiques de traduction	88	70%
TOTAL OBS.	125	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. Nous voyons que les outils

informatiques sont les plus disponibles, puis la liste de personnel bilingue, les outils papier, le traducteur téléphonique et enfin l'association de traducteurs.



La dépendance est très significative avec $p < 0.01$.

Proportionnellement, les sages-femmes du CHU sont celles qui ont le moins accès à une liste de personnel bilingue mais elles ont aussi un meilleur accès aux interprètes et aux traducteurs téléphoniques.

Les sages-femmes de Fécamp sont celles qui ont le plus accès à des outils informatiques de traduction. Celles d'Evreux sont celles qui ont le meilleur accès à une liste de personnel bilingue. Celles de Vernon sont celles qui ont proportionnellement le meilleur accès à des outils papier.

Nous pouvons remarquer ici qu'aucun des outils n'est coché par 100% des sages-femmes d'un établissement. Par exemple, les outils informatiques de traduction sont « facilement disponibles » pour 43%

des sages-femmes du CHU. Cela signifie que 57% de ces sages-femmes ignorent qu'elles peuvent utiliser ces outils.

De même, nous constatons que des sages-femmes de chaque établissement ont indiqué qu'une liste de personnel bilingue est disponible. Mais au total, 54% des sages-femmes disent ne pas avoir de liste de personnel bilingue à disposition. La majorité des sages-femmes connaît donc mal les outils de traduction disponibles sur son lieu de travail.

Une sage-femme du CHU signale que les outils informatiques sont accessibles mais sont « trop longs à utiliser pour les vieilles sages-femmes ». Une autre sage-femme précise que la liste de personnel bilingue était difficile à utiliser.

2.9. OUTILS LES PLUS FREQUEMMENT UTILISES PAR LES SAGES-FEMMES

Nous leur avons ensuite demandé quels outils elles utilisent le plus facilement face à la barrière de la langue. Ci-dessous leurs réponses sous forme de fréquences cumulées croissantes :

Rang d'utilisation	1	2	3	4	5	6	7
Les langues que vous parlez et des gestes simples	66%	92%	96%	96%	96%	96%	96%
Un accompagnant qui traduit	30%	82%	85%	87%	87%	89%	89%
Un soignant qui traduit	1%	7%	49%	66%	77%	81%	83%
Des outils informatiques	0%	8%	29%	51%	61%	64%	74%
Des outils papier	0%	1%	11%	21%	42%	60%	66%
Un interprète	0%	0%	4%	12%	26%	42%	60%
Un traducteur téléphonique	0%	2%	8%	20%	26%	41%	59%

Nous pouvons ainsi voir que les langues parlées et les gestes simples sont utilisés en premier choix, puis un accompagnant qui peut traduire, puis un soignant de l'équipe qui peut traduire, ensuite des outils informatiques, des outils papier, un interprète professionnel, et en dernier choix un traducteur téléphonique.

Une des sages-femmes indique en commentaire que les gestes et les accompagnants sont surtout utiles la nuit et le weekend.

2.10. OUTILS SOUHAITES

Nous leur avons également demandé quels outils elles utiliseraient préférentiellement s'ils étaient mis à disposition sur leur lieu de travail. Nous avons également étudié ces résultats sous forme de fréquences cumulées croissantes :

Rang de préférence	1	2	3	4	5
Liste du personnel bilingue	30%	42%	64%	70%	80%
Association de traducteurs	27%	51%	61%	75%	79%
Traducteur téléphonique	10%	34%	51%	62%	71%
Outils papier	11%	30%	40%	60%	76%
Outils informatiques	14%	20%	34%	48%	72%

Ainsi la liste de personnel bilingue serait la préférée des sages-femmes interrogées, puis le partenariat avec une association de traducteurs vient en deuxième place, ensuite le partenariat avec un traducteur téléphonique, les outils papier et enfin les outils informatiques.

Une sage-femme indique qu'il est difficile d'avoir recours à un traducteur la nuit, une autre précise que le traducteur pose un problème de secret professionnel. Une autre précise que l'informatique est pour elle l'outil le plus performant.

2.11. QUESTION OUVERTE : UTILISEZ-VOUS UN AUTRE OUTIL DE TRADUCTION ?

Six sages-femmes ont indiqué d'autres outils de traduction :

4 : Se former à d'autres langues

69 : langage corporel marche très vite et bien

75 : formation

77 : des amis parlant d'autres langues

81 : formation

100 : le conjoint ou accompagnant

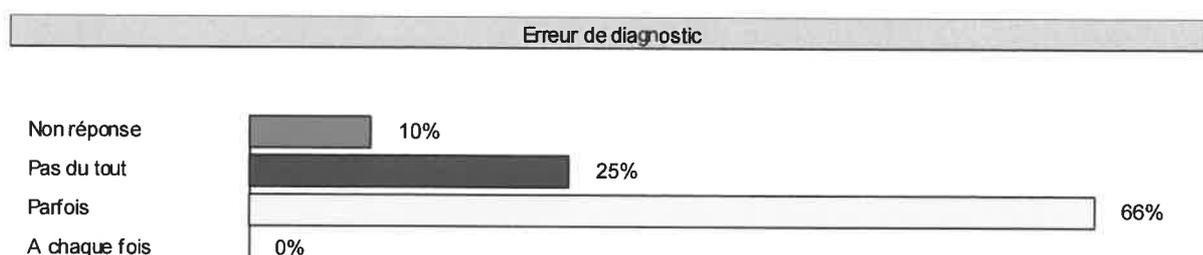
Plusieurs de ces réponses rejoignent les items de questions précédentes : le langage corporel, les amis parlant d'autres langues, et le conjoint ou accompagnant.

Notons que trois sages-femmes proposent ici une formation aux outils de traduction. Deux travaillent au CHU et une au Belvédère.

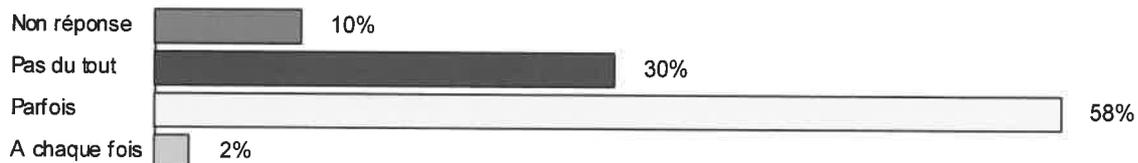
Deux sages-femmes ont également rajouté un commentaire à la fin du questionnaire : « Refaire régulièrement des formations en anglais médical serait intéressant » et « peut-être serait-il utile de mieux former les sages-femmes en anglais ?! ». Ces deux sages-femmes travaillent également au CHU. 16% des sages-femmes du CHU réclament donc spontanément une formation en anglais médical ou en outils de traduction, alors que cet aspect n'était pas du tout abordé dans le questionnaire.

2.12. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES A PROPOS DES CONSEQUENCES DE LA BARRIERE DE LA LANGUE

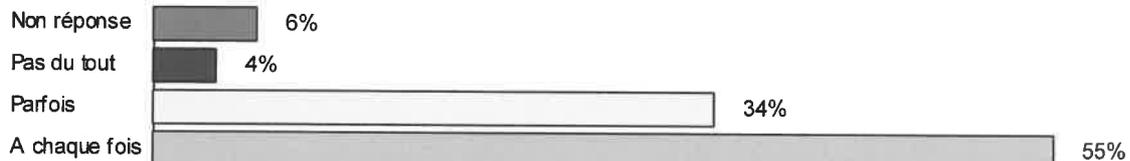
Nous avons demandé aux sages-femmes d'estimer quelles sont les principales conséquences de la barrière de la langue.



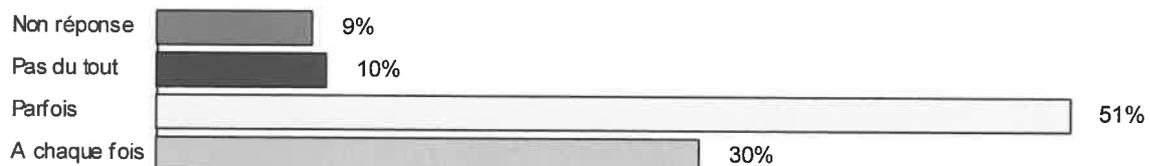
Hospitalisation et soins inutiles



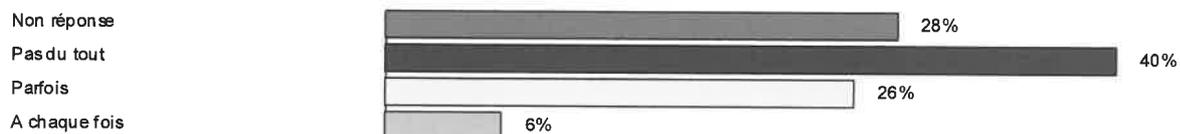
Isolément de la patiente



Stress et perte de temps pour le soigna

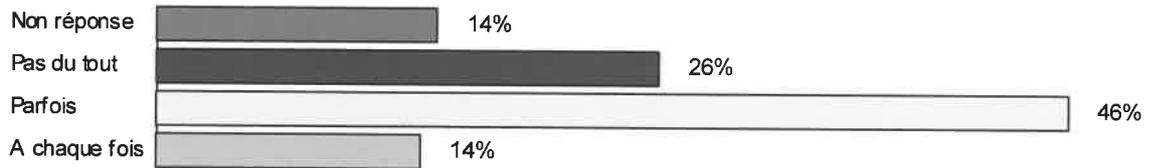


Impact économique : les interprètes coût



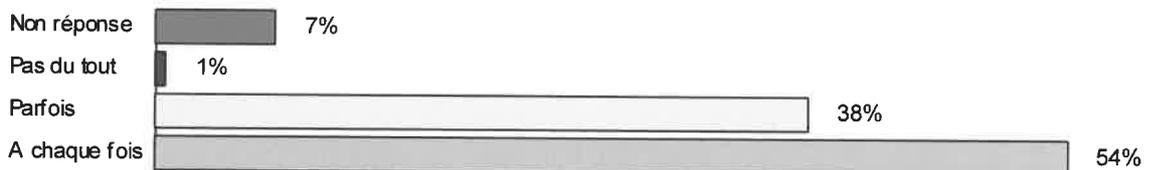
Trois sages-femmes ont ajouté un commentaire à cette question : « ils font partie de la prise en charge globale », « ils sont peu utilisés », « ils sont souvent bénévoles ».

Impact économique : les soins inutiles

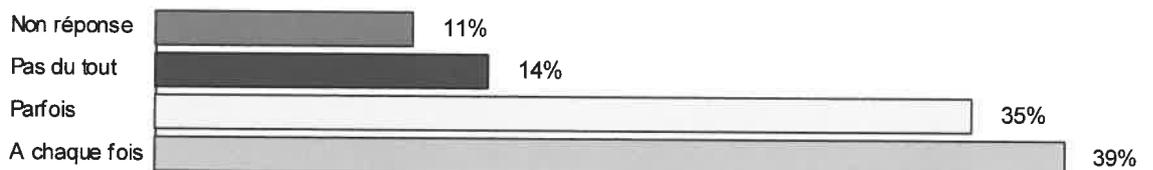


Une sage-femme a précisé « il y a aussi des soins inutiles chez les patientes parlant français ».

Défaut d'information de la patiente



Violation du secret médical (présence d



Les sages-femmes ont estimé que les items « isolement de la patiente », « défaut d'information de la patiente » et « violation du secret médical à cause de la présence du traducteur » sont ceux qui posent problème à chaque fois.

Elles pensent majoritairement que l'impact économique lié au coût des interprètes ne pose pas du tout de problème. Notons que 28% des sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

Pour les autres items proposés : erreur de diagnostic, hospitalisation et soins inutiles, stress et perte de temps pour le soignant et l'impact économique lié aux soins inutiles, la majorité des sages-femmes pense qu'ils posent parfois problème.

2.13. CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LA BARRIÈRE DE LA LANGUE POSE LE PLUS DE PROBLÈMES

Nous avons demandé aux sages-femmes de classer les services les plus concernés par la barrière de la langue par ordre croissant.

Rang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Consultations	26%	37%	51%	60%	66%	67%	70%	71%	72%	73%
Salle de naissance	16%	31%	45%	53%	57%	63%	68%	70%	72%	74%
Urgences	16%	29%	37%	42%	52%	58%	65%	67%	69%	70%
UGP	4%	14%	26%	41%	53%	60%	66%	66%	68%	68%
Suites de couches	4%	17%	22%	36%	49%	57%	62%	68%	72%	72%
PNP	6%	14%	22%	23%	29%	36%	39%	46%	50%	60%
PMI	0%	2%	8%	12%	14%	21%	32%	40%	47%	52%
AMP	3%	6%	8%	11%	13%	18%	23%	39%	51%	55%
Planning	2%	3%	10%	14%	17%	22%	31%	39%	49%	55%
Echo	0%	2%	3%	9%	14%	24%	27%	33%	40%	58%

L'utilisation des fréquences cumulées croissantes nous donne un classement des services où la barrière de la langue pose le plus de difficultés, en partant de celui posant le plus de difficultés : les consultations prénatales, la salle de naissance, les urgences obstétricales, l'unité de grossesses pathologiques, les suites de couches, la préparation à la naissance et à la parentalité, la protection maternelle et infantile, le planning familial, l'assistance médicale à la procréation et enfin l'échographie.

Neuf sages-femmes n'ont pas répondu à cette question et ont indiqué en commentaire : « cela dépend des situations », « partout, à différents degrés », « ça dépend du dossier », « la difficulté se

présente dans chaque situation et rend difficile chaque temps de la grossesse », « hiérarchisation impossible, pose problème à tout niveau », « tous idem pour moi », « dans tous les services », « partout », « on peut mettre 1 à chaque ».

Deux sages-femmes ont indiqué en commentaire que les patientes non francophones ne s'inscrivent pas aux cours de préparation à la naissance, et que la barrière de la langue ne posait donc pas de problème dans ces activités.

Enfin, nous avons demandé aux sages-femmes dans quel rôle elles étaient le plus gênées par la barrière de la langue.

Rang	1	2	3	4	5
Urgence	47%	57%	62%	82%	86%
Anamnèse, diagnostic, prescription	16%	45%	67%	74%	84%
Accompagnement	11%	34%	52%	75%	84%
Education	13%	32%	50%	67%	84%
Soins	0%	5%	25%	40%	82%

La gestion des situations d'urgence arrive en première position, puis vient le rôle purement médical de la sage-femme (anamnèse, prescription et diagnostic), ensuite l'accompagnement psychologique, l'éducation à la santé et enfin l'exécution de soins.

Deux sages-femmes n'ont pas répondu à cette question et ont commenté « hiérarchisation impossible, pose problème à tout niveau » et « on peut mettre 1 à tout ».

Une sage-femme a précisé que l'accompagnement psychologique était impossible auprès des patientes non francophones.

DISCUSSION

date dans toutes les maternités, ils sont donc restés plus longtemps à la disposition des sages-femmes dans certaines maternités.

Biais de connaissances : les items du questionnaire suggéraient plusieurs outils de traduction, auxquels les sages-femmes n'auraient pas forcément pensé dans des questions ouvertes. La question « quels outils de traduction connaissez-vous ? » apporte des informations aux sages-femmes, les réponses ne peuvent être complètement fidèles aux réelles connaissances des sages-femmes.

3. REPOSE AUX HYPOTHESES

3.1. LES SAGES-FEMMES CONNAISSENT MAL LES OUTILS DE COMMUNICATION DISPONIBLES

La première hypothèse est assez simple à vérifier : nous pouvons constater que seuls les outils informatiques de traduction et la liste de personnel bilingue sont connus par plus de la moitié des sages-femmes.

D'après nos résultats, la connaissance des outils de traduction ne dépend ni de la durée d'exercice des sages-femmes, ni du service dans lequel elles travaillent, ni de la fréquence de la barrière de la langue.

Le seul facteur qui semble influencer leur connaissance de ces outils est le lieu de travail. Nous pouvons donc supposer que les maternités tentent de mettre certains outils à disposition des sages-femmes, notamment les outils informatiques de traduction. Ceci semble cohérent avec nos recherches : les outils informatiques et les applications mobiles de traduction semblent en pleine expansion.

Il paraît tout de même dommage que malgré tous les outils papier disponibles, seules 45% des sages-femmes disent les connaître.

Les associations de traducteurs et les traducteurs téléphoniques sont particulièrement méconnus par les sages-femmes.

3.2. L'ACCES A CES OUTILS EST TROP COMPLEXE POUR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

L'analyse de nos résultats nous indique que les sages-femmes d'un même établissement ne connaissent pas toutes les outils dont elles disposent : au CHU par exemple, 43% des sages-femmes disent avoir accès à des outils informatiques de traduction. Ceci signifie que 57% des sages-femmes ne connaissent pas l'accès à ces outils.

Il est dommage que les établissements ne facilitent pas l'accès aux outils de traduction : il semblerait facile de créer un sorte de « kit de traduction » adapté au service. Par exemple en salle de naissance, des schémas anatomiques et des outils visuels permettraient de prendre en charge des situations d'urgence. En consultation et en suites de couches, des outils d'éducation et de prévention pourraient être plus utiles (par exemple le Livret de santé bilingue de l'INPES explique le calendrier vaccinal et aborde des thèmes tels que le tabac, la nutrition, la prévention des infections sexuellement transmissibles...). (16)

L'enquête ne nous montre pas de préférences pour certains outils en fonction du service où travaille la sage-femme. Nous supposons que ceci est dû au fait que les sages-femmes exercent dans plusieurs services différents et ont répondu de manière globale aux questions posées. Il serait intéressant d'affiner l'enquête, pour savoir quels outils proposer dans chaque service.

Nous pouvons noter que la consultation prénatale est le service où la barrière de la langue pose le plus de problèmes aux sages-femmes (26% l'ont placé en première place). En se positionnant du point de vue des différents rôles de la sage-femme, ce sont les urgences et le rôle de « anamnèse, diagnostic, prescription » qui

posent le plus de problèmes aux sages-femmes. Il serait donc intéressant de leur mettre des outils simples à disposition pour ces situations.

Concernant les interprètes et les traducteurs téléphoniques, seules 7% et 8% des sages-femmes disent y avoir accès facilement sur leur lieu de travail. Si leur présence n'est pas nécessaire dans toutes les situations, il semble important que des rencontres puissent s'organiser dans les situations particulières (diagnostic prénatal, décision médicale à prendre, grossesse à risques...).

3.3. L'UTILITE DE CES OUTILS EST SOUS-ESTIMEE, NOTAMMENT SUR LE PLAN DE LA QUALITE DES SOINS ET DE LA DEONTOLOGIE

Les conséquences de la barrière qui préoccupent le plus les sages-femmes interrogées sont l'isolement de la patiente, le défaut d'information de la patiente et la violation du secret médical via la présence du traducteur. La déontologie est donc un point crucial pour ces sages-femmes : en effet le consentement éclairé et le secret médical sont deux des droits fondamentaux des patients.

Les sages-femmes réalisent bien l'importance de l'information du patient (et par extension le principe du consentement éclairé) puisque le défaut d'information les préoccupe. Il serait intéressant de leur demander par exemple comment elles expliquent une décision de césarienne à une patiente étrangère, ou encore comment elles présentent le dépistage néonatal du troisième jour de vie. Il semblerait pertinent que des documents concernant l'explication des situations les plus fréquentes soient édités dans plusieurs langues.

Les sages-femmes sont 39% à pointer du doigt la violation du secret professionnel lorsqu'un traducteur est présent. Cependant, l'interprète professionnel est soumis au secret professionnel, il s'agit dans ce cas du secret médical partagé, comme entre les membres

d'une équipe soignante. Nous pouvons donc estimer que ces 39% d'interrogées ne connaissent pas cette règle.

Concernant la qualité des soins : 66% des sages-femmes estiment que la barrière de la langue entraîne parfois une erreur de diagnostic. 58% pensent qu'elle entraîne parfois une hospitalisation et des soins inutiles. Cet aspect de la barrière de la langue échappe quelque peu aux sages-femmes, alors que plusieurs études canadiennes nous ont montré qu'un patient ne parlant pas la langue de l'équipe médicale a 70% de chances de plus d'être hospitalisé. Ces études montrent également que cette situation engendre des erreurs de diagnostic, des soins injustifiés, des consultations multiples pour un même motif...

Nous pouvons estimer que si les sages-femmes avaient connaissance de ces données, elles se donneraient plus de moyens pour communiquer avec leurs patientes étrangères. Nous espérons également que si les établissements de santé connaissaient ces chiffres, ils mettraient à disposition des équipes soignantes plus d'outils de traduction, et surtout des outils plus ciblés.

Concernant la méthodologie, nous regrettons que le questionnaire n'aie pas été plus précis concernant la déontologie et la qualité des soins. Il semblait difficile de les formuler plus clairement sans apporter des éléments clé aux sages-femmes, et sans créer un biais de désirabilité sociale (le fait que le répondant veuille se présenter sous son meilleur jour). Ces questions pourraient être approfondies lors d'entretiens plus précis, mais la question de la taille de l'échantillon se poserait alors. Peut-on généraliser sur la base de l'entretien avec quelques personnes ?

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de comprendre : pourquoi la barrière de la langue pose-t-elle un problème de qualité des soins dans la pratique quotidienne des sages-femmes, malgré les divers outils disponibles ?

Nous pouvons conclure d'après nos résultats qu'il y a deux problèmes majeurs. D'une part, un défaut de mise à disposition des outils de traduction dans les établissements de santé, ou du moins un défaut d'information à propos des outils de traduction. D'autre part, nous constatons un défaut de connaissances des sages-femmes à propos des outils de traduction existants, et un défaut de connaissances à propos des conséquences médicales de la barrière de la langue (notamment les erreurs de diagnostic et les soins inutiles).

Pour obtenir ces conclusions, nous avons proposé un questionnaire simple à 280 sages-femmes dans les maternités publiques de Haute-Normandie. Nous avons reçu 125 questionnaires remplis, soit un taux de réponse de 44.6%.

Le logiciel Sphinx nous a permis d'obtenir des résultats intéressants.

Tout d'abord, Seul le lieu de travail influence les connaissances des sages-femmes concernant les outils de traduction. C'est donc aux maternités d'informer les sages-femmes et de faciliter l'accès à ces outils.

Par ailleurs, les sages-femmes sont bien conscientes des problématiques déontologiques posées par la barrière de la langue. 39% d'entre elles estiment que la présence d'un traducteur est une violation du secret médical, et 54% estiment qu'il y a toujours un défaut d'information de la patiente. Enfin, Elles ne réalisent pas toutes les difficultés de prise en charge occasionnées : 25% pensent que la barrière de la langue n'entraîne

pas du tout d'erreurs de diagnostic, 30% qu'elle n'entraîne jamais de soins inutiles.

Nous regrettons d'avoir du proposer un questionnaire aussi succinct aux sages-femmes, mais cela semblait la meilleure solution pour obtenir un taux de réponse satisfaisant. Par ailleurs, cette enquête comporte bien évidemment des biais : biais de sélection, biais de recueil des résultats, biais de connaissances, biais de désirabilité sociale.

Il serait intéressant de poursuivre ce travail par des entretiens auprès des sages-femmes les plus concernées par la barrière de la langue (notamment au CHU et à Elbeuf) pour savoir quels outils elles souhaiteraient utiliser, selon les services fréquentés.

Il serait également pertinent de « tester » les outils les plus simples d'utilisation dans différents services, et de comparer les résultats et terme de prise en charge et de satisfaction des patientes.

Nous espérons en tout cas avoir ouvert le débat grâce à ce travail de recherche, et avoir éveillé l'intérêt des sages-femmes sur ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Estryn-Behar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Paris : Presses de l'EHESP ; 2008, 383 pages.
- (2) Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010
- (3) Article R.4127-334 du Code de la Santé Publique
- (4) Barrier MA, du Bosquet A, Doray P, Garcette L, Garnier M, Jourdes B et al. Dictionnaire encyclopédique. Paris : Auzou ; 2002.
- (5) Institut national de la statistique et des études économiques [en ligne]. Dictionnaire de définitions de l'INSEE. (mis à jour le 2 février 2015).
- (6) Bastide R. « ACCULTURATION », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 2 février 2015.
- (7) Centre de formation en commerce international. Le dico du commerce international. [en ligne] Disponible : <http://www.glossaire-international.com/pages/tous-les-termes/ethnocentrisme.html>
- (8) INSEE, statistiques de l'Etat Civil. Nés vivants selon la nationalité des parents et leur situation matrimoniale. 2012.
- (9) INSEE, statistiques de l'Etat Civil. Nés vivants suivant la nationalité de la mère et la situation matrimoniale des parents par département et région de domicile de la mère. 2012.
- (10) Munoz M, Kapoor-Kohli A. Les barrières de la langue : comment les surmonter en clinique ? Le médecin du Québec. 2007 février; 42[2]: 45-52
- (11) Bowen S. et al. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Publications Santé Canada, 2001.

- (12) Mondoux M. Communiquer avec les patients de langue étrangère : les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins. [mémoire : inf]. Fribourg: Haute Ecole de Santé, 2010.
- (13) Oliveau-Morel S. Accoucher chez l'autre : aspects psychoculturels de la relation soignants-patientes autour des pratiques de santé maternelle [mémoire : Psy]. Paris : Faculté de médecine Paris Descartes ; 2011.
- (14) Traducmed. [en ligne] [modifié le 4 décembre 2011]. Disponible : < <http://tracmed.fr/> >
- (15) Les sites de l'AP-HP [en ligne]. Kit de communication avec les patients. Disponible : <<http://www.aphp.fr/handicap/kit-de-communication-avec-les-patients/>>
- (16) Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, comité médical pour les exilés, institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Livret de santé bilingue. 2005.
- (17) ISM interprétariat. [en ligne] Interprétariat par téléphone. Disponible : <http://ism-interpretariat.com/prestations/telephone/>
- (18) Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes. Lexique de la Maïeutique. 2016.
- (19) Lévy I. Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants. Paris : De Boeck-Estem ; 2013.
- (20) Graz et al. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. Santé Publique. 2002 janvier. [consulté en janvier 2015] (14):[7 pages]
- (21) Contact : cellule info Médecins du Monde.
- (22) Plivard I. Psychologie interculturelle. Louvain-la-Neuve: De Boeck ; 2014.
- (23) Merger-Pelier M, Dibie-Kratzman D. Manuel juridique de la sage-femme : la sage-femme face à la loi. 2^e ed. Les études hospitalières ; 2012.

- (24) Ministère de la santé et des solidarités. Charte de la personne hospitalisée. 2006 avril.
- (25) Article L1111-4 du Code de la Santé Publique.
- (26) Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé. 2014 janvier.
- (27) Mutuelle Nationale des Hospitaliers. Charte Romain Jacob, unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap. 2014 décembre.

ANNEXES

Annexe I : avantages et limites des différents types d'interprètes

Tableau II			
Avantages et limites des différents types d'interprètes			
Type d'interprète	Avantages	Limites	Recommandations
Interprètes informels			
Famille Amis Voisins Compatriotes rencontrés dans la salle d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité • Échanges possibles avec le patient • Absence de coût pour l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Bris de confidentialité • Erreurs d'interprétation • Problèmes de neutralité • Autocensure • Inversion des rôles dans la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Option à utiliser avec précaution • Option qui nécessite le report des questions qui peuvent attendre
Enfants mineurs	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité • Échanges possibles avec le patient • Absence de coût pour l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Bris de confidentialité • Erreurs d'interprétation • Problèmes de neutralité • Autocensure • Inversion des rôles dans la famille • Absentéisme scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution à éviter le plus possible • Option qui nécessite le report des questions qui peuvent attendre
Personnel de l'établissement parlant la langue du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité sur place • Coût limité 	<ul style="list-style-type: none"> • Limites de temps disponible • Erreurs d'interprétation • Utilisation inefficace des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution à considérer
Interprètes professionnels			
Interprète au téléphone	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité • Respect de la confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût pour l'établissement • Méthode techniquement plus complexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution utile en consultation sans rendez-vous
Interprètes professionnels sur place	<ul style="list-style-type: none"> • Interprétation linguistique de qualité • Respect de la confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût pour l'établissement • Difficulté à obtenir en urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Option idéale • Option à envisager fortement lorsqu'il faut préserver la confidentialité et lors de problèmes santé mentale
Interprètes culturels sur place	<ul style="list-style-type: none"> • Interprétation verbale, non verbale et culturelle de qualité • Respect de la confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût pour l'établissement • Difficulté à obtenir en urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution à envisager en cas de questions complexes liées aux facteurs culturels

Annexe II : questionnaire de l'enquête



Comment la sage-femme surmonte-t-elle la barrière de la langue dans sa pratique ?

Je suis Hélène Girault, étudiante en dernière année à l'école de sages-femmes de Rouen.

La communication est primordiale dans tous les métiers du soin, et plus encore dans notre métier de sage-femme, pour remplir notre mission de prévention et d'accompagnement.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je travaille sur la barrière de la langue dans la pratique quotidienne des sages-femmes. L'objectif de mon travail est de faire ressortir les outils de traduction qui pourraient être mis en place afin d'accompagner chaque patiente au mieux.

Le questionnaire qui suit ne vous demandera que trois à cinq minutes de réflexion, et me permettra de tirer des conclusions sur l'utilisation des outils de traduction dans la pratique des sages-femmes.

1. Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

2. Depuis combien de temps exercez-vous comme sage-femme ?

- Moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 20 ans
- 20 à 30 ans
- Plus de 30 ans

3. Dans quel(s) service(s) travaillez-vous la plupart du temps ?

- Salle de naissance
- Suites de couches
- Consultations prénatales
- PMI (protection maternelle et infantile)
- Grossesses pathologiques
- Urgences maternité
- PMA (procréation médicalement assistée)
- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Planning familial
- Echographie

4. Dans votre pratique courante, à quelle fréquence prenez-vous en charge des patientes non francophones ?

- Quasiment jamais
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

5. Combien de langues parlez-vous (français inclus) ?

- 1
- 2
- 3
- Plus de 3

6. Quel(s) outil(s) de traduction connaissez-vous ?

- Une liste de personnel bilingue
- Une association de traducteurs
- Un traducteur téléphonique
- Les outils papier : fiches, lexiques, dictionnaires
- Les outils informatiques de traduction

7. Quel(s) outil(s) sont disponibles facilement sur votre lieu de travail ?

- Une liste de personnel bilingue
- Une association de traducteurs
- Un traducteur téléphonique
- Les outils papier : fiches, lexiques, dictionnaires
- Les outils informatiques de traduction

8. Quel(s) outil(s) utilisez-vous le plus facilement pour communiquer avec vos patientes étrangères ? (classez par ordre de fréquence, 1 étant le plus fréquent)

- Les langues que vous parlez et des gestes simples
- Un accompagnant qui peut traduire
- Un soignant de l'équipe qui peut traduire
- Un interprète professionnel
- Un traducteur téléphonique
- Des outils papier : fiches, lexiques, dictionnaires
- Des outils informatiques de traduction

9. Quel(s) outil(s) voudriez-vous utiliser s'ils étaient mis à disposition sur votre lieu de travail ? (classez par ordre de préférence, 1 étant le préféré)

- Une liste du personnel bilingue
- Un partenariat avec une association de traducteurs
- Un partenariat avec des traducteurs téléphoniques
- Des outils papier : fiches, lexiques, dictionnaires
- Des outils informatiques de traduction

10. Utilisez-vous un(des) outil(s) qui n'est (ne sont) pas proposé(s) dans les réponses de ce questionnaire ? Précisez.

.....

.....

11. D'après vous, quelles sont les principales conséquences de la barrière de la langue ?

	Pas du tout	Parfois	A chaque fois
Erreur de diagnostic			
Hospitalisation et soins inutiles			
isolement de la patiente			
Stress et perte de temps pour le soignant			
Impact économique : les interprètes coûtent cher			
Impact économique : les soins inutiles coutent cher			
Défaut d'information de la patiente			
Violation du secret médical (présence du traducteur)			

12. D'après vous, dans quel(s) service(s) la barrière de la langue pose-t-elle le plus souvent de problèmes ? (classez par ordre d'importance, 1 étant le plus important)

- Salle de naissance
- Suites de couches
- Consultations prénatales
- PMI
- Grossesses pathologiques
- Urgences maternité
- PMA
- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Planning familial
- Echographie

13. D'après vous, dans quel(s) rôle(s) de la sage-femme la barrière de la langue pose-t-elle le plus souvent de problèmes ? (classez par ordre d'importance, 1 étant le plus important)

- Situation d'urgence
- Education à la santé
- Accompagnement psychologique
- Exécution de soins
- Anamnèse, diagnostic, prescription

- Merci d'avoir répondu -

