



HAL
open science

Vécu des sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suites de couches : étude qualitative menée auprès de sept sages-femmes des maternités d'Ille-et-Vilaine

Chloé Sebert

► To cite this version:

Chloé Sebert. Vécu des sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suites de couches : étude qualitative menée auprès de sept sages-femmes des maternités d'Ille-et-Vilaine. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04609259

HAL Id: dumas-04609259

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04609259v1>

Submitted on 12 Jun 2024

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 SAGE-FEMME DE RENNES

Année universitaire 2022-2023

Vécu des sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suite de couches.

Étude qualitative menée auprès de sept sages-femmes des maternités d'Ille et
Vilaine.

Mémoire présenté par Chloé SEBERT

Née le 25 février 1998

Sous la direction de Clélia GASQUET-BLANCHARD

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2023

ECOLE DE SAGE-FEMME DE RENNES

Année universitaire 2022-2023

Vécu des sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suite de couches.

Étude qualitative menée auprès de sept sages-femmes des maternités d'Ille et
Vilaine.

Mémoire soutenu par Chloé SEBERT

Née le 25 février 1998

Sous la direction de Clélia GASQUET-BLANCHARD

L'école de sages-femmes n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises
dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2023

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier l'ensemble des sages-femmes ayant accepté de répondre à mes questions, pour leur temps et leur confiance.

Mes remerciements vont également à ma directrice de mémoire Clélia GASQUET-BLANCHARD, pour son aide précieuse et son soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire. Je remercie également Mme TASSON et Mr BERANGER, mes guidants, pour leurs conseils et leur accompagnement.

Un grand merci à ma famille, et tout particulièrement mon père et mes sœurs Clémentine et Margot pour leurs nombreuses relectures et leur soutien infailible.

Un grand merci à Sixtine pour la dernière relecture qui m'a mis en confiance.

Enfin, je remercie mes copines de promotion pour ces années inoubliables à leurs côtés. Leur bonne humeur, leur folie et leur motivation m'ont beaucoup apporté durant ces études.

Glossaire

CH : Centre hospitalier

CHP : Centre hospitalier privé

CHU : Centre hospitalier universitaire

HAS : Haute autorité de santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

PEC : Prise en charge

PP : Post partum

PMI : Protection maternelle et infantile

RLG : Réseau Louis Guilloux

SDC : Suite de couche

SF : Sage-femme

Table des matières

I. Introduction	5
II. Méthodologie	8
2.1. Type d'étude	8
2.2. Population étudiée	8
2.3. Recueil et analyse des données	9
2.3.1. Construction d'un guide d'entretien	9
2.3.2. Modalité de déroulement de l'enquête	9
2.3.3. Retranscription des données	10
2.3.4. Modalités d'analyse	10
III. Résultats et analyses	11
3.1. Présentation de l'échantillon	11
3.2. Connaissance des sages-femmes sur le parcours des femmes allophones	12
3.2.1. Parcours et suivis difficiles	12
3.2.2. Isolement des patientes	13
3.2.3. Différence de classes sociales	13
3.3. Ressenti du comportement général de ces femmes	14
3.3.1. Ressenti sur la demande des patientes	14
3.4. Accompagnement et prise en charge en SDC	15
3.4.1. Importance des suites de couches	15
3.4.2. Accompagnement médical, social et psychosocial	16
3.4.2.1. Un examen médical conservé	16
3.4.2.2. Information priorisée	17
- Notion de confiance	17
- Le temps	18
- Langue et moyen de communication	18
- Frontière fine entre allophone et précarité	19
- Pluriprofessionnalité	20
3.4.2.3. Le psycho-social mis de côté	21
3.5. Une frustration partagée	22
3.5.1. L'insatisfaction	22
3.5.2. Manque de temps ou manque de moyen ?	22
3.5.2.1. La famille / amis	22
3.5.2.2. Les outils de traduction	23
3.5.2.3. Un interprète	24
3.6. Du positif malgré la complexité	25
3.6.1. Un enrichissement personnel	25
3.6.2. Empathie	25

3.6.3. Une volonté commune	26
IV. Discussion	27
4.1. Points forts et limites de l'étude	27
4.1.1. Points forts de l'étude	27
4.1.2. Biais et limites de l'étude	27
4.2. Interprétation des résultats	28
4.2.1. Confrontation des résultats avec la littérature	28
4.2.1.1. Le temps	28
- Un séjour plus court	28
- Une liste longue	29
4.2.1.2. Différents dispositifs mis en place	30
4.2.1.3. Une situation précaire	33
4.2.1.4. Une culture différente	33
4.2.1.5. Une population plus confiante	34
4.2.1.6. Adaptation de la PEC	35
- Adaptation inconsciente	35
- Place du psychosocial	36
4.2.2. Confrontation avec les hypothèses	38
4.2.3. Propositions	40
4.2.3.1. Aménagement du temps	40
4.2.3.2. Des vidéos interactives et explicatives du séjour	40
4.2.3.3. Ré-informer des SF sur les dispositifs	41
4.2.3.4. Formation sur l'altérité culturelle	42
4.2.3.5. Recueillir l'avis des patientes	43
V. Conclusion	43
VI. Bibliographie	45
VII. Annexes	53

I. Introduction

Le monde et sa population évoluent au gré des changements, ce qui nous mène à observer une augmentation, en France, des populations étrangères et immigrantes depuis 1946. Elles représentent respectivement 7,7 % et 10.3 % en 2021 contre 4,4 % et 5 % en 1946 (1). Lors de cette même année, plus de la moitié des immigrés étaient des femmes (52 %) et en 2017, il y avait environ une naissance sur cinq (19 %) de mère immigrée (2). En Bretagne, ces femmes représentent 3.7 % de la population et 4.6 % de l'Ille et vilaine (3).

D'après l'INSEE « 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 des personnes apatrides) » (4). Toujours d'après l'INSEE « un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France » (5). Cette population vient majoritairement d'Afrique (47.5%) et d'Europe (33.1%) (1).

Parmi ces femmes, certaines sont allophones que l'on définit comme « une personne ayant une langue maternelle distincte de celle du pays où la personne se trouve » (6). Il va de soi qu'être étranger ou immigré n'implique pas nécessairement d'être allophone. Toutefois, la grande majorité des immigrées n'ont qu'une connaissance très limitée de la langue française à leur arrivée en France. Seules 31% d'entre elles déclarent avoir un bon ou un très bon niveau linguistique (7).

Cette population a tendance à moins consulter les soignants au cours de leur vie que les femmes françaises. Cela s'explique premièrement par des raisons socio-économiques (revenu, niveau d'éducation secondaire), mais aussi par le fait d'une rupture de lien social. Il est aussi soulevé une méconnaissance du système et par ailleurs l'obstacle de la langue (8). Effectivement, il y a une réticence à consulter lorsqu'on ne comprend pas la langue. Cela entraîne un état de santé dégradé (hypertension artérielle, pré-éclampsie, diabète) prouvé dans de nombreuses études, telle que « santé périnatale des femmes étrangères en France » (9), cette étude met en avant un taux de césariennes, de risques de mortinatalité, de prématurité et

d'hypotrophie des nouveau-nés plus élevés chez les femmes d'Afrique subsaharienne que chez les femmes françaises (10) (9).

Malgré cette situation précaire, les sages-femmes (SF) vont devoir les prendre en charge et les accompagner sur le plan médical, social et psychosocial. Les suites de couches (SDC) ou le post partum (PP) sont par définition la période qui s'étend de l'accouchement aux retours de couches (menstruation) entre six et douze semaines (11). Dans cette étude nous nous intéresserons seulement au séjour à l'hôpital, qui est court, en moyenne de trois à cinq jours et qui tend de plus en plus à se raccourcir pour une sortie dite précoce (12). Cette période est un des moments qui permet d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant. Elle permet également de repérer des situations à risque de dépression et de défauts d'attachement. C'est le début d'une nouvelle vie, notamment pour les primipares. Le rapport des 1000 premiers jours, récemment sorti, met le point sur l'importance de cette période clef pour le développement de l'enfant : sa santé, son bien-être ainsi que celui de ses parents (13). Les sages-femmes délivrent pendant cette période de nombreuses informations, elles ont pour rôle la surveillance des accouchées et des nourrissons et aident à la mise en place de la parentalité (14)(12). Elles vont également avoir un rôle de prévention. Elles sont le premier interlocuteur et donc le premier acteur de soins de cette nouvelle vie.

L'objectif des SDC va être d'accompagner vers l'autonomisation des femmes et du couple. C'est-à-dire les accompagner pour qu'ils aient les clefs, les outils pour prendre soin de leur nouvelle famille. Les SF vont œuvrer pour que le lien mère-enfant, père-enfant se développe normalement autour des questions de maternage et de paternage. Le mot "accompagnement" n'est pas aisé à définir. Il est à la frontière entre "former, enseigner, aider, conseiller ou même gouverner" (15) La SF de SDC va accompagner la femme par le biais de conseils et aidera la patiente lors de son séjour. Elle n'imposera pas son savoir, néanmoins, elle se doit d'informer la patiente. De plus, il a été montré que la qualité de vie du post partum était liée à la capacité d'auto-prise en charge de soi mais aussi de son enfant (16).

Cet échange passe par la communication. Celle-ci est très importante dans la relation soignant-soigné, c'est la première approche dans la prise en charge (PEC) d'un patient (17).

Cette communication permet de créer du lien et de comprendre la demande des patientes. Elle est instinctive, nous laissant oublier son importance. Cependant lorsque nous sommes confrontés à une patiente allophone, l'importance de celle-ci prend tout son sens. Une simple question peut devenir un véritable challenge et fragiliser toute la PEC (18).

On le comprend bien, cette communication restreinte peut avoir un impact direct sur le vécu de la prise en charge des sages-femmes, ressenti positif ou négatif et c'est que l'on va démontrer au cours de ce mémoire.

Ce mémoire donne la parole aux sages-femmes hospitalières pour connaître le ressenti d'une prise en charge face à une communication difficile.

Pour cela nous répondrons à la question :

“Quels ressentis ont les sages-femmes de leur accompagnement des femmes allophones en suite de couches face à une communication difficile ?”

De cette question centrale émergent plusieurs hypothèses:

- Les sages-femmes se sentent démunies face à l'accompagnement des femmes allophones et n'arrivent pas à aboutir à la prise en charge qu'elles souhaiteraient.
- Les sages-femmes peuvent se sentir insatisfaites de leur prise en charge sur le plan social, médical et psycho-social.
- Les sages-femmes souhaiteraient avoir de meilleurs outils pour communiquer.

L'objectif principal de ce mémoire est de recueillir le vécu des sages-femmes hospitalières quant à l'accompagnement des femmes allophones en SDC au travers de leurs expériences et de leurs pratiques professionnelles.

Les objectifs secondaires sont de mettre en avant les éventuelles difficultés de la prise en charge hospitalière en suite de couches lors d'une communication restreinte et de savoir ce qui pourrait aider les sages-femmes dans cette PEC.

Ce mémoire ne porte donc pas sur les solutions à mettre en place mais seulement sur le ressenti des sages-femmes.

II. Méthodologie

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'un mémoire d'apprentissage à la recherche en santé publique. Concernant le choix de la démarche méthodologique nous avons effectué une étude qualitative grâce à des entretiens individuels semi-directifs auprès de SF hospitalières. Cette démarche nous paraît la plus pertinente compte tenu de la problématique retenue. Elle favorise la liberté d'expression des SF interrogées lors des entretiens. De plus, elle permet l'étude qualitative des différents thèmes que nous souhaitons aborder, définie au préalable dans le guide d'entretien. (*Annexe n°1*)

2.2. Population étudiée

L'étude a d'abord été menée sur quatre maternités de l'Ille-et-Vilaine. Nous avons choisi le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, le centre hospitalier privé (CHP) de Saint Grégoire, et les centres hospitaliers (CH) de Vitré et Redon. Cela nous permettait d'avoir quatre types de maternités, de trois milieux différents et de tailles différentes. Nous avons choisi deux maternités de niveau un, pour compenser le nombre de patientes moins importantes dans ces dernières.

Les SF devaient avoir été au minimum une fois en contact avec une patiente allophone. Nous n'avons pas fixé un nombre de SF minimum par centre, le but étant d'en avoir le plus possible. A priori nous savions que selon le lieu de travail, la fréquence de contact serait différente, ce qui nous permettait d'avoir une hétérogénéité sur le vécu et le ressenti.

Les SF interrogées ont été recrutées sur la base du volontariat. Un message leur a été envoyé sur leur boîte mail professionnelle par l'intermédiaire des coordinatrices des différents services de maternité en février 2022 (annexe N°2). Une relance a été réalisée en mars 2022 auprès des coordinatrices des quatre maternités afin de poursuivre le recrutement.

Malgré la relance, le faible nombre de réponses nous a obligées à élargir notre recherche à la totalité de l'Ille-et-Vilaine. Nous avons donc envoyé un mail aux

coordinatrices de la Clinique mutualiste la Sagesse, et des CH de Fougères et Saint-Malo, fin juillet 2022. Une dernière relance auprès de ces maternités a été réalisée en septembre 2022.

Au total, sept SF ont répondu favorablement. Six SF ont répondu à mon mail, et un contact s'est fait par du bouche à oreille.

De plus, au cours de nos entretiens nous nous sommes rendu compte de la place importante de l'assistante sociale dans cette prise en charge et que les SF y faisaient énormément appel. Bien que cette profession n'était pas incluse dans ma population cible, il nous a semblé pertinent d'interroger l'une d'entre elles du fait de leur collaboration importante avec les SF dans ce genre de situation. Cela reste un entretien exploratoire et il ne fera pas partie de mes résultats d'analyse.

2.3. Recueil et analyse des données

2.3.1. Construction d'un guide d'entretien

Tout d'abord nous avons réalisé un guide d'entretien en décembre 2021 (annexe N°1) en fonction du sujet et des points que nous voulions aborder avec les sages-femmes. Cela a permis de structurer le contenu en leur donnant une trame tout en laissant des questions assez ouvertes pour leur permettre de s'exprimer librement.

Dans un premier temps nous avons testé si notre guide était opérationnel avec un premier entretien. L'ensemble des questions a bien été compris et nous avons donc pu maintenir les entretiens selon ce guide. Ce premier entretien a été conservé dans le corpus de la présente étude.

2.3.2. Modalité de déroulement de l'enquête

Une fois le guide d'entretien validé et l'accord des coordinatrices des maternités obtenu, le recrutement des SF a pu débuter dès janvier 2022. Les sages-femmes intéressées par le sujet nous ont contactées par email ou par SMS pour convenir d'un rendez-vous pour un entretien. Les entretiens ont été réalisés entre le mois de février 2022 et septembre 2022. Les réponses des sages-femmes étaient très

proches sur la fin, mais nous ne pouvons tout de même pas dire que nous avons eu une saturation des données au vu du nombre de SF, malgré l'intégration de toutes les maternités.

Chaque entretien débutait par une présentation et une explication de l'objectif de ce mémoire aux enquêtés. Les entretiens ont duré entre 40 minutes et 1 heure et 45 minutes pour une moyenne de 1 heure et 2 minutes.

Parmi les sept entretiens réalisés, quatre ont été effectués en face à face, deux en visio-conférence et un par téléphone. Le huitième entretien avec l'assistante sociale s'est déroulé en face à face.

2.3.3. Retranscription des données

Les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone après avoir recueilli leur accord. Cela a permis une meilleure écoute lors des entretiens pour ensuite retranscrire mot à mot, sans aucune modification de la langue ou des expressions. Tous les dires restent sous anonymat et les enregistrements seront effacés deux ans après la validation de cette étude.

2.3.4. Modalités d'analyse

Pour nous permettre d'analyser nos entretiens nous avons réalisé une grille d'analyse (annexe N°3) classant le contenu de chaque entretien selon les différents thèmes abordés. Ensuite nous avons relevé les mots clés et citations qui ont retenu notre attention.

Puis nous avons fait une analyse en mettant en commun les données recueillies. Une fois ces grilles analysées, nous avons procédé à la rédaction des résultats que nous allons vous présenter en troisième partie.

Pour permettre de garder une logique lors de la présentation des résultats, nous avons attribué un prénom fictif à chaque sage-femme (tableau 1). Le prénom ou la première lettre seront utilisés. Pour une question d'anonymat le lieu de pratique de la sage-femme reste inconnu.

L'assistante sociale interrogée est à l'hôpital depuis 2002, et cela fait neuf ans qu'elle travaille conjointement avec le service gynécologie-obstétrique.

III. Résultats et analyses

Au cours de notre rédaction le terme "sage-femme" ainsi que leurs dérivés seront au féminin puisque l'entièreté de notre échantillon l'est.

3.1. Présentation de l'échantillon

Tableau 1 : prénom fictif, sexe et année de pratique des sages-femmes

Sage-femme	Sexe	Année de pratique
A = Adeline	F	25 ans
B = Béatrice	F	13 ans
C = Constance	F	19 ans
D = Diane	F	3 ans
E = Elise	F	4 ans
F = Françoise	F	30 ans
G = Gabrielle	F	5 ans

Les SF interrogées ont passé leurs diplômes entre 1991 et 2019. Deux d'entre elles, Adeline et Françoise, dont une ayant fait de l'humanitaire, ont eu un parcours qui les a menées à être en contact plus rapproché avec cette population en situation de grande précarité. Béatrice à toujours pratiqué dans le même établissement et fait partie de cette population migratoire ce qui apporte un intérêt supplémentaire dans ce mémoire. Quatre SF ont travaillé dans des hôpitaux de types différents, ce qui leur permettaient d'avoir un élément de comparaison entre différentes maternités. Toutes parlaient plus ou moins l'anglais et certaines maîtrisaient d'autres langues comme l'espagnol ou le russe. Deux sages-femmes connaissaient quelques phrases en arabe mais toutes deux nous ont affirmé ne pas pouvoir tenir une conversation, surtout d'ordre médical, avec les patientes. Cependant cela permettait un prémisses de lien avec les patientes.

Cinq des sages-femmes travaillaient dans un établissement public dont quatre en milieu urbain et une en milieu semi-urbain. Les deux autres travaillaient dans des cliniques en milieu urbain. Nous avons pu constater une différence notable au niveau de la proportion de femmes allophones entre les établissements publics “environ 40 à 50%” à “c’est très rare” ou encore “j’ai du mal à me souvenir” dans les cliniques. [Françoise et Gabrielle]

3.2. Connaissance des sages-femmes sur le parcours des femmes allophones

3.2.1. Parcours et suivis difficiles

La plupart des professionnelles sont d’accord sur le fait que le suivi des femmes est plus compliqué. Adeline et Béatrice pensent que cela est surtout dû à une absence de sécurité sociale. Béatrice constate que “*ce n’est même pas un retard de prise en charge mais une absence de prise en charge parce que par exemple elles n’ont pas la sécurité sociale*”, Adeline notifie même de “*héroïque*” si le suivi de grossesse est fait. D’ailleurs, Béatrice donne l’exemple que “*certaines femmes choisissent d’aller aux urgences où elles sont prises en charge gratuitement et vont attendre peut-être plusieurs heures et la prise en charge qu’on va leur proposer ne sera pas forcément adaptée*”. Cela explique un suivi et un encadrement qui ne sont pas optimaux.

D’autres SF, comme Constance, Diane, Elise et Gabrielle avouent ne pas trop connaître les parcours. Diane nous dira que ce n’est pas une question qu’elle se pose vraiment et elle nous explique la raison : “*On a les informations sur notre dossier médical mais je pense qu’en suite de couche on s’intéresse surtout sur des points clés par exemple : Quelle est sa situation actuelle, est-ce qu’elle a un logement, est-ce qu’elle est isolée, est-ce qu’elle a subi des violences ?*”.

Les soignantes ont à peu près toutes le même constat sur le suivi et les problèmes de sécurité sociale. Pour autant cinq d’entre elles [Adeline, Béatrice, Constance, Diane et Gabrielle] nous diront par la suite que ce n’est pas leur état de santé qui leur font défaut dans leur prise en charge en SDC et elles ne les placent pas forcément dans une catégorie de personnes plus à risque sur le plan médical. Diane, qui se retrouve régulièrement en charge de ces patientes, dit : “Je n’ai pas

l'impression qu'il y ait beaucoup plus de grossesses compliquées chez les patientes qui ne parlent pas français, en proportion moi j'ai pas ce sentiment". Ce constat, certes approximatif mais émis par ces sages-femmes, a pu être fait grâce à la répartition des patientes dans tel ou tel service en fonction de leur état de santé après un accouchement.

3.2.2. Isolement des patientes

La plupart des sages-femmes perçoivent un isolement de ces patientes, qu'elles argumentent, avec comme première barrière, la langue.

Un isolement par rapport à leur mari, qui seraient, eux, plus "*démerde*", "*un peu plus libre*" et cela s'expliquerait par le fait qu' "*ils vont aller bosser, ou parce qu'ils n'ont pas les papiers, donc ils sortent de la maison et elles, elles sont isolées parce qu'elles sont toutes seules à la maison*" s'exprime Adeline. Cependant cette SF notifie bien le fait que cela dépend du pays d'origine mais cela reste un ressenti global pour toutes les SF interrogées. Ce qui peut confirmer ce propos c'est qu'effectivement lorsque nous demandons aux soignantes leur premier moyen de communication avec les patientes c'est souvent au mari qu'elles font appel, qui dans la majeure partie des cas, "*comprend et parle mieux le français*" [Béatrice].

Un isolement qu'elles pensent lié à la culture, Diane nous dira qu' "*en général oui elles sont plus isolées parce que pour la plupart elles sont en France depuis peu [...] ce qui fait qu'elles n'ont pas leur famille auprès d'elles*". Effectivement les SF font souvent référence au fait que, surtout en Afrique Subsaharienne, les femmes ont une approche totalement différente de la maternité. Elles décrivent des patientes très entourées par leur famille, cette dernière étant là pour s'occuper de l'enfant à la naissance [Adeline, Béatrice, Constance, Diane, Françoise].

Isolement qui est présent quelque soit la classe sociale de la patiente.

3.2.3. Différence de classes sociales

Adeline, Diane et Françoise font tout de même la différence entre deux types de femmes allophones. Il y a celles qui font des études, qui maîtrisent une langue plus abordable pour les SF, c'est-à-dire par exemple l'anglais, et qui selon les SF, auront

juste comme facteur pénalisant la langue. *“Elle parlait un anglais parfait, elle était éduquée et aucun problème de communication parce que toutes les informations que tu fais passent, elle a déjà les codes et il n’y a pas les biais. Adeline à un sentiment d’homogénéité avec ces patientes mais on est amené à se demander de quels codes il s’agit : les codes de notre société, culturels, de notre langage médical, codes entre milieu urbain et rural ? Cette notion de codes sera souvent reprise au cours de nos résultats et nous l’analyserons lors de notre discussion.*

Pour autant même si certaines patientes comprennent et qu’un dialogue existe entre elles et les SF, Adeline reste consciente de l’isolement de ces patientes qui ne sont pas forcément plus entourées. Cependant, Adeline reste moins inquiète pour ces femmes car elle sait qu’elle aura plus de facilité à leur indiquer des groupes de paroles ou que ces patientes seront plus aptes à trouver de l’aide par la suite.

Et il y a celles qui ne parlent pas français et qui en plus de cela ont des problèmes d’ordres sociaux. *“Elles ont fuit leur pays parce qu’en général il y a eu des violences physiques, morales, sexuelles et souvent elles ne parlent pas français parce qu’elles sont moins cultivées et là je pense qu’il y a des freins à pouvoir leur offrir tout ce qu’on pourrait leur offrir comme une personne qui parle français”.* Ici Diane exprime un premier frein lié à ce problème d’ordre social, celui de ne pas pouvoir diagnostiquer ces problèmes et par la suite proposer des solutions, à cause de la langue.

3.3. Ressenti du comportement général de ces femmes

3.3.1. Ressenti sur la demande des patientes

Il y a trois avis qui se posent sur cette question.

D’un côté, celles qui trouvent que ces femmes *“sont très demandeuses”* ce qui est impacté par la langue : *“tu comprends qu’ils ont envie de comprendre et en fait tu es bloquée.”* exprime Adeline. Diane et Françoise diront même qu’elles les trouvent parfois *“plus à l’écoute”* et plus *“attentives”* et cela est lié au désir des patientes de savoir, de comprendre et de pouvoir ainsi répéter.

Pour Adeline la question de l’éducation et du niveau d’études revient et pour elle, celles qui n’en n’ont pas fait seraient d’autant plus demandeuses. Contrairement à

l'avis de Béatrice qui disait qu' *“elles sont comme les autres en fait, en fonction de leur expérience et de leur vécu personnel elles sont plus ou moins en demande de conseils et d'informations.”* Elle ajoutera que pour elle, il y a une notion de volonté. Elle a eu le cas avec une patiente qui avait une *“très forte volonté de sa part et une grande ouverture d'esprit, elle était très ouverte, elle voulait comprendre et en fait on se comprenait et cela malgré la barrière de la langue”*. Expérience qu'elle comparait à une autre patiente *“de mauvaise volonté oui et elle ne comprenait pas forcément l'intérêt de certaines choses même avec le passage de l'interprète”*. Ici ce n'est pas forcément un problème de langue que la sage-femme dénonce mais finalement une différence de culture, Béatrice a fait ce qu'il fallait pour informer la patiente qui ne souhaite pas faire de la manière dont nous avons l'habitude, est ce de la mauvaise volonté ou un choix pris par la patiente selon ses habitudes culturelles, ses principes et donc un choix consenti.

Et il y a d'autres sages-femmes, comme Constance et Elise qui trouvent ces patientes *“très peu en demande, mais parce que justement il y a cette barrière de la langue qui fait que...”*, *“elles ne veulent pas déranger”* et *“elles ont du mal à exprimer leurs craintes...parce que déjà quand on a peur de quelque chose [...] ça peut être compliqué donc cette barrière ne fait qu'accentuer les choses.”* Souvent elles remarquent que les femmes répondent aux questions sans vraiment s'expliquer, la réponse *“oui, oui”* revient souvent, mais il y a cette impression générale qu'elles répondent *“oui”* sans réellement comprendre, ce qui rajoute de la frustration pour les SF. Cependant nous avons pu remarquer que ce sont les sages-femmes qui sont le moins en contact et qui connaissent moins le parcours de ces patientes qui ressentent cela. On peut donc imaginer qu'effectivement les questions ne sont peut être pas ciblées sur leur problématique.

3.4. Accompagnement et prise en charge en SDC

3.4.1. Importance des suites de couches

Les suites de couche sont pour les professionnelles un moment important et même unique pour faire *“prendre conscience de son rôle d'actrice”* à la maman dira Adeline. Béatrice ajoutera : *“un temps où l'on va pouvoir construire quelque chose sur du plus*

long terme". Les sages-femmes ont conscience que c'est justement un accès facile à l'aide sociale et qu'il est donc très important de pouvoir mettre tout en œuvre sur cette période courte.

Elise trouve que les SDC sont "*le moment le plus important du suivi*" dans le sens où les femmes sont confrontées à leur nouveau corps et à leur enfant, elle précise la difficulté lors "*d'un premier bébé*", "*il n'y a plus une seule personne à gérer mais deux*". Nous pouvons faire le parallèle avec Adeline qui disait de ces femmes qu'elles "*n'avaient pas les codes*". Effectivement nous pouvons imaginer la difficulté de la mère à savoir comment faire quand elle ne parle pas la langue, qu'elle ne sait pas vraiment comment s'occuper de son enfant et que ce qu'elle a peut être déjà vu auparavant est différent de ce qu'on peut lui montrer...

Discours opposé à celui de Françoise, pour qui, c'est pendant les consultations qu'il faut parler de toutes les possibilités, faire visiter les lieux, expliquer et donner le plus d'informations. Même si, sur le moment, elles ne comprennent pas. Cela permet de planter une graine et ouvrir les portes pour en reparler, soit à la prochaine consultation, soit avec des amies derrière qui ont peut être connu ce parcours. Françoise dit cela dans le but de rendre actrice les femmes dans leur prise en charge. Pour autant elle n'écarte pas l'importance des SDC et du message qu'elle fait passer en concluant que "*pour moi [les SDC] c'est capital...c'est de la prévention pour éviter que des drames se passent.*"

3.4.2. Accompagnement médical, social et psychosocial

3.4.2.1. Un examen médical conservé

Cinq sages-femmes [Béatrice, Constance, Diane, Elise et Gabrielle] sont d'accord sur ce point, leur examen clinique est assez complet pour permettre le diagnostic d'une pathologie en SDC. Et selon elles, elles ne seront pas amenées à faire d'examen supplémentaire à tort. Pour autant, elles se rejoignent sur le fait qu'elles sauront intervenir au moment venu. "*On fera le nécessaire pour la patiente d'un point de vue médical. Je veux dire si on a des bilans à faire on les fera, s'il y a des traitements à mettre en place on fera*" précisera Constance.

Adeline et Françoise, mettent le point sur le fait qu'effectivement du fait du moins bon suivi les *“problématiques médicales ne sont pas les mêmes”*. Cependant Adeline aura le même avis que les précédentes et garde confiance en son examen tandis que Françoise met en lien le parcours difficile et sera *“deux fois plus prudente”*. Elle justifie cela par le fait qu'elles ne se comprennent pas avec la patiente à l'instant T et estime qu'en raison d'un suivi plus ou moins complet, l'anamnèse de ses antécédents et de son mode de vie est probablement déficient, elle sera donc *“obligée de faire des examens complémentaires”*.

Les examens qui sont à réaliser, les SF les feront, parfois en dépit d'une *“information loyale, claire et appropriée”* et n'attendent pas le *“consentement libre et éclairé”* comme le souhaiterait la Loi Kouchner de 2002 (19). Si elles se le permettent, c'est tout d'abord pour ne pas engendrer une perte de chance pour la patiente ou l'enfant. Adeline nous donne un exemple assez concret *“tu vas pas ne pas lui faire le dépistage néonatal parce que tu n'as pas pu lui expliquer l'accord, non ce serait une perte de chance et plus délétère”*.

Cette information qui ne va pas forcément être passée va être justifiée par de nombreux arguments, elle peut concerner un soin mais également une prévention.

3.4.2.2. Information priorisée

Cette notion d'information priorisée est reprise par la totalité des sages-femmes.

- Notion de confiance

Sur des gestes et soins qu'elles apportent, Constance et Diane justifieront l'absence d'explication ou en tout cas une explication moins fine, par le fait que cette population a un regard différent sur l'hôpital et qu'elle laisse faire les soignants sans trop poser de questions. Il y a une impression de reconnaissance et de confiance du service médical. *“C'est généralement des femmes qui nous font beaucoup confiance, [...] la vision du soin à l'hôpital c'est pas la même pour ces gens-là, [...], ils nous font plus confiance que des personnes francophones” [Diane]*. Mais est ce de la confiance, un problème de langue ne permettant pas l'explication, ou alors un attribut que l'on associe à cette population ? Nous y reviendrons.

- Le temps

Le manque de temps est celui qui revient le plus souvent, et pour cause, devoir expliquer dans une langue qui n'est pas la nôtre demande un temps plus important, de la patience et de l'organisation. Les professionnelles en ont la volonté, mais le temps leur est compté. Adeline dénonce un manque de temps lié à l'organisation du service : *“si tu me donnes une matinée pour faire passer le message à cette femme, tout ce que je veux lui expliquer sur son corps et ce qui s'est passé et ce qui va se passer [...] mais comme elle s'inscrit dans un service où il y a 12 patientes bah je le fais pas”*. Diane la rejoindra sur ce propos : *“Je pense que par manque de temps je le fais moins. Je vais être honnête, parfois oui parfois non”*. Françoise explique qu'il y a une nécessité de mettre en place des outils supplémentaires *“il va falloir faire des traductions et il va falloir qu'on organise des choses. En fait ça prend deux fois plus de temps donc il est nécessaire de s'organiser pour avoir ce temps-là”*. Au final, Elise conclut que *“Ça prend beaucoup plus de temps, si on veut bien faire les choses”*. Un manque de temps qui impacte sur la qualité des soins et qui a une répercussion sur l'information.

- Langue et moyen de communication

“Et la barrière de la langue fait qu'elles n'ont pas accès aux mêmes choses à titre égal que d'autres femmes.” s'exprime Diane.

L'information est passée selon l'interlocuteur qui se trouve en face. Les SF sollicitent énormément l'entourage de la patiente avec les avantages et les inconvénients que cela représente. En premier plan nous avons le mari, mais nous pouvons également avoir la belle soeur, le beau frère, la voisine ou même les enfants....Pour parler, nous le rappelons, de l'intimité de la femme. Cette façon de faire peut entraîner des situations embarrassantes, comme pour Adeline *“oh ouais il y a des situations tellement cocasses où tu te retrouves à parler reprise des rapports sexuels avec un mec où tu comprends vite que c'est pas du tout dans ses cordes de parler de ça avec une femme”*. Béatrice se sentira parfois freinée par les proches : *“l'histoire familiale [...] il peut y avoir son entourage qui peut bloquer pour les traductions.”* *“il traduisait ce que lui il voulait, à sa façon mais ce n'était pas ce que nous on voulait lui dire donc c'était pas très adapté”*. Adeline et Béatrice mettent un point d'honneur à

ne pas utiliser les enfants : *“mais non tu ne vas pas faire traduire la reprise des rapports sexuels aux enfants, non non ça c'est pas possible je ne vois pas pourquoi ils seraient détenteurs de cette histoire” [Adeline]*. Des SF qui vont donc faire le tri selon le traducteur.

Cette traduction approximative peut être liée à la compréhension de sa famille, effectivement les sages-femmes utilisent parfois du vocabulaire médical qui n'est pas forcément évident à retranscrire pour une personne qui n'est pas du milieu. Ensuite il y a le sexe, comme l'exprime Diane, parler et se confier sur son corps est parfois plus facile entre filles qu'avec un homme.

Les SF seront donc amenées à utiliser d'autres moyens que la famille, comme google traduction. Outil qui comporte lui même beaucoup de freins : *“parfois on a des choses un peu surprenantes avec Google Traduction où on voit les femmes qui nous font des drôles de têtes et qui rigolent et on se dit qu'il y a quand même des soucis de traduction par moment”* s'exprime Constance. Donc les SF sont finalement restreintes à ne faire que des phrases courtes et à ne pas pousser dans les détails. L'utilisation de l'interprète semble être la clé, sur le papier, mais nous reviendrons plus tard sur ce qu'en pensent les SF.

- Frontière fine entre allophone et précarité

Les SF font toutes le même constat : au-delà de la langue, il y a le problème de leur condition de vie et de leurs conditions matérielles. Les SF cherchent à connaître les priorités pour le bénéfice de la patiente. Ce qui suscite beaucoup de questions, comme celle d'Elise : *“Quels messages je dois faire passer, comment tu articules les messages [...] par rapport à ce qu'elles savent déjà, quel état des lieux tu peux faire ?”*. Leurs discours vont donc se modifier en fonction des supposés besoins des patientes. *“Le problème de la langue s'ajoute à toutes les problématiques qu'elles ont déjà et qui sont sûrement plus urgentes pour elles que les messages de prévention que j'ai à délivrer”* Adeline exprime ici un doute sur l'importance de son discours. Quant à Béatrice, elle fait la supposition qu' *“elle n'aura pas le temps d'aller faire quelque chose qui ne lui paraît pas forcément essentiel comme la rééducation du périnée qui va lui prendre du temps mais ça n'apporte pas des bénéfices réels*

qu'elle va observer dans l'immédiat". Béatrice se sentira même "hypocrite" de délivrer un message qu'elle pense ne pas pouvoir être suivi.

Parfois les informations concernent des sujets très importants : *"Tu ne sais pas trop comment tu vas intégrer ta prévention de la mort subite du nourrisson...Elles vont le faire chez elles [...] donc est ce que c'est la peine ? "* se questionne Adeline par rapport au moyen de la patiente qui n'avait pas de lit enfant et qui serait contrainte à dormir dans le même lit que son enfant. Constance et Diane se posent aussi ces questions, et la notion de code refait surface, dans le sens où elles savent que certaines patientes ont des pratiques différentes. Ce à quoi Béatrice met en exergue *"ce qui nous paraît clair, évident et basique peut ne pas du tout l'être pour d'autres personnes [...] ce qu'on fait en France est assez spécifique"*. Ici c'est à la fois une problématique de précarité, de culture et de barrière linguistique. Effectivement nous nous basons sur des études, nous avons appris et vu une manière de faire. Il en est tout autant pour certaines de ces femmes. Donc il s'agirait de faire passer l'information et l'explication en même temps, chose amputée par le temps, la langue et les conditions de vie des patientes.

Et comme le dit Françoise *"pour moi [les SDC] c'est capital...c'est de la prévention pour éviter que des drames se passent."* C'est le grand dilemme pour les SF, faire comme Françoise, quitte à ne pas se faire totalement comprendre, en espérant qu'à force de répéter lors du suivi de grossesse, des SDC et du post partum, les patientes prennent en compte l'importance du message et qu'elles puissent faire leur choix : suivre les recommandations des SF ou décider de continuer ce qu'elles connaissent. Ou alors préférer être sûres que le message passe et donc prendre plus de temps pour moins d'informations et compter sur le fait que le relais soit pris par la suite. Dans les deux cas, cela reste une PEC approximative pointée du doigt par les SF.

- Pluriprofessionnalité

Si les SF font le choix de sélectionner certaines informations, nous verrons que c'est notamment grâce à la PMI (Protection maternelle et infantile). Une fiche de liaison est souvent réalisée pendant la grossesse ou au cours du séjour et cela rassure les SF comme le dira Diane *"donner un relais par la PMI déjà nous ça nous rassure parce qu'on sait qu'elle ne vont pas être lâchées en pleine nature"*. Ce relais permet à Béatrice de ne pas surcharger ses patientes *"il vaut mieux faire le tri et qu'elles*

comprennent les points essentiels et que le relais puisse être fait et qu'elles aient envie de faire ce relais plutôt que les noyer sous toutes informations qu'elles ne vont pas comprendre et du coup pas de suivi et pas de relais". De plus, les SF disent que ce côté social dépasse leurs compétences. C'est la raison pour laquelle elles font également très souvent appel à l'assistante sociale, qui si le suivi a bien été réalisé, connaît déjà le dossier et donc continue la prise en charge de son côté. Dans le cas contraire, l'assistante établira des liens et pourra par exemple résoudre le problème du lit enfant manquant. Cette dernière est elle-même avec tout un réseau et possède des carnets avec des adresses utiles traduites dans plusieurs langues.

3.4.2.3. Le psycho-social mis de côté

Malheureusement, derrière toute cette problématique sociale et linguistique, les sages-femmes avouent mettre de côté l'aspect psycho-social et cela peut s'expliquer par différents points :

Comme le dira Diane : *"On va essayer de gérer le concret, l'utile c'est-à-dire son logement, le suivi de son enfant mais il y a des choses sur lesquelles on va passer à côté, genre la prise en charge psychologique mais aussi, ça va de pair, qu'elle puisse parler des mutilations sexuelles, le mariage forcé, des violences qu'elle a pu vivre dans sa vie"*. Problématique partagée avec Adeline, Constance et Françoise. Cela implique un dépistage plus compliqué, exprimé là aussi par Diane : *"On ne la comprend pas ou on entend moins bien parce qu'elles n'ont pas la même façon de l'exprimer que les patients qui ont la même culture que nous par exemple."* Rejoint par Françoise qui constate également une différence d'expression selon l'origine : *"la dame pleurait, ce qui est très rare chez cette communauté, l'expression n'est pas celle-ci"*. Cette idée que les femmes s'expriment différemment est très importante, et peut encore une fois être liée à cette notion de code qui ampute la PEC des patientes. Elise a bien conscience qu'arriver à diagnostiquer un trouble psycho-social passe énormément par la parole, en allant chercher en profondeur. Elle ajoute que parler des difficultés et des souffrances des patientes via une application de traduction est très délicat. Les sages-femmes parlent donc d'un manque de dépistage au niveau psycho-social mais elles évoquent également des ressources maigres puisque le psychologue sera bloqué tout autant qu'elles du fait de la langue. [Adeline, Constance, Diane, Elise].

3.5. Une frustration partagée

3.5.1. L'insatisfaction

L'insatisfaction est présente chez toutes les SF interrogées et ce dûe à une notion de soin incomplet. Effectivement malgré leur effort, les SF évoquent un manque de résultat : *“je suis satisfaite par un résultat et il n'y en a pas forcément”* se confie Béatrice. Comme nous l'avons dit plus haut, il y a une information priorisée et les SF se sentent donc responsables d'un message qui ne passe pas, propos appuyés par Adeline : *“tu n'arrives pas à expliquer et c'est ta faute et je me sens responsable de ce message qui ne passe pas et c'est une perte de chance en santé pour elle comme pour son enfant. C'est vraiment un échec”*.

Une insatisfaction, à posteriori, de se laisser aller à la facilité de communiquer via la famille de la patiente. Diane relève que cela implique qu'on entende seulement la patiente à travers les mots de quelqu'un d'autre, chose qu'elle ne permettrait pas chez un couple francophone.

Une insatisfaction face à un séjour en maternité de plus en plus court, un manque de personnel, ce qui implique un temps raccourci pour des patientes qui demandent le double du temps. Ce manque de temps entraîne une appréhension pour certaines sages-femmes. Appréhension d'en avoir trop dans le service, ou que ces patientes aient des SDC pathologiques ce qui nécessiterait alors plus d'explications. Etre soignant c'est prendre soin, c'est un métier humain qui est dans la relation, et cette allophonie mêlée à cette organisation de soin, rend plus difficile la relation : *“l'intérêt de notre métier c'est aussi de pouvoir échanger avec les gens et avoir une interaction”* ce que Constance ne retrouve pas forcément avec ces patientes.

3.5.2. Manque de temps ou manque de moyen ?

“Tu manques de temps pour organiser la mise en place de la traduction, le facteur temps” [Adeline]

3.5.2.1. La famille / amis

Les sept sages-femmes utilisent très souvent la famille où les amis du fait de son accessibilité et sa rapidité. Comme énoncé précédemment elles ont conscience que

ce n'est pas la meilleure des solutions du fait que tout le monde ne soit pas recevable à entendre ou transmettre l'information. Pour autant elles essayent de faire en sorte que les patientes choisissent leur interlocuteur et Constance nous dit même que *“parfois les patientes appellent spontanément la personne de leur choix”* et elle s'assure *“que les choses importantes soient comprises, qu'elles puissent poser, à ce moment-là, toutes les questions”*. Et comme le dit Diane *“il [l'interprète personnel] va pouvoir nous donner des informations rapidement et un séjour de suite de couche, c'est rapide”*.

Évidemment la question du secret médical se pose, ce à quoi les sages-femmes répondent que celui-ci est forcément moins bien préservé et Françoise conclut que *“le secret médical, il commence là où tu peux faire un soin correct”*. Cette phrase montre à quel point Françoise a conscience de la PEC dégradée et qu'elle choisit d'informer à tout prix plutôt que de préserver le secret médical.

3.5.2.2. Les outils de traduction

Nous retrouvons tout d'abord “google traduction” utilisé par les sept SF également. C'est la deuxième option après la famille mais certaines le font avec plus de réserve. Comme le dit Elise : *“on peut poser une question et on a notre réponse rapidement mais après on ne peut pas aller très loin dans les détails et parfois ça ne se traduit pas bien”*. C'est une pensée partagée par l'entièreté de ses collègues.

Dans deux des maternités, soit pour cinq des SF, elles disposent de fiches récapitulatives en ce qui concerne les conseils de sortie. Ces fiches sont traduites en plusieurs langues. Adeline et Béatrice restent dubitatives d'une part parce qu'elles ont été créées par les professionnels du service, ce qu'Adeline désapprouve *“elle n'est pas présentée et en plus elle n'est pas validée par l'hôpital”*, rejoint par Béatrice *“moi je donne souvent celle qui sont en russe au personne et [...] elles sont contentes que ce soit écrit, après les autres je sais pas ce qu'elles comprennent exactement de la feuille, si ça leur est bénéfique ou pas, si elles ont pas de conseils en direct qui sont donnés à côté”*. Les trois autres sont satisfaites de la fiche.

D'autres SF utilisent également internet pour trouver des brochures à imprimer ou des vidéos pour communiquer via des images. Les SF doivent répéter cela à chaque nouvelle patiente ce qui montre aussi leur investissement personnel.

3.5.2.3. Un interprète

“En théorie oui on a un traducteur, en pratique on fait pas” nous dit Constance. Et d’ailleurs, aucune des SF ne nous a proposé cette solution spontanément. Elles sont conscientes que l’utilisation d’un traducteur est possible et que cela serait la meilleure solution, mais cela reste rare. Beaucoup de côtés négatifs ont été décrits. *“C’est de l’administratif, il faut anticiper la demande, il faut que l’interprète soit là au bon moment pour pouvoir en profiter quand le pédiatre vient, quand on essaie d’expliquer les ordonnances, quand on fait l’examen de sortie et donc ça arrive mais techniquement c’est pas si fréquent”* nous explique Diane. Béatrice ajoutera que la demande n’est *“pas toujours répondue favorablement”* et ce n’est *“pas dans toutes les langues”*. Adeline avoue que *“pour moi c’est compliqué de l’obtenir mais c’est peut être une fausse idée que j’ai”*. Effectivement, au cours des entretiens, on se rend compte que cette idée de *“traducteur inaccessible”* est présente chez toutes les SF.

Une autre option s’offre au personnel soignant, celle de trouver dans le service un agent parlant la langue souhaitée. Béatrice nous a d’ailleurs dit qu’au début de sa carrière, elle avait souvent été sollicitée par ses collègues pour aller dans un autre service que le sien et pouvoir faire la traduction pour une patiente, cela même sur son temps de repos. Mais au fil des années elle s’est bien rendu compte qu’*“à un moment tu ne peux pas satisfaire toutes les demandes et traduire et accompagner tout le monde comme il faut, donc il faut mettre des limites...ce n’est plus un devoir à tout prix”*. C’est pourquoi aujourd’hui Béatrice nous dira *“je fais dans la mesure de ce que je peux donner sans que ce soit fait aux dépens des autres patientes que j’ai en charge et ça dépend aussi de moi et de ma santé psychique et physique”*.

Cette dernière phrase est marquante, elle nous montre que même avec la bienveillance et la capacité linguistique, ce n’est finalement pas possible, encore une fois lié à une organisation de soins qui ne le permet pas. Imposer une charge de travail en plus, qui n’est pas prévue dans la journée de base, peut impacter sur le moral et la santé des SF. Il paraît effectivement difficile de se détacher de son service sachant que comme le notifie Béatrice, elle sait que la traduction ne va pas être rapide puisqu’elle *“risque”* de découvrir des choses nouvelles et donc prendre plus de temps, temps dont elle ne dispose pas.

Constance la rejoint, en nous disant que c'est délicat de demander cette charge à des personnes déjà très occupées. Là où elle travaille, ce sont les médecins qui sont les plus aptes à faire des traductions mais "*en termes de disponibilité c'est très compliqué*", comme pour les SF il est difficile de se détacher d'une consultation pour pouvoir faire de la traduction dans un autre service.

Au final, les SF préfèrent renoncer au secret médical, renoncer à expliquer tous les gestes et les soins aux patientes et choisissent la solution de traduction la plus rapide. D'un côté parce que c'est ce qui leur semble le plus accessible au vu de l'organisation du service où il faut faire vite et de l'autre parce que cela leur semble être plus bénéfique pour les patientes même en étant conscientes que ce n'est pas parfait. Peut être des informations de moins bonne qualité mais tout de même des informations.

3.6. Du positif malgré la complexité

3.6.1. Un enrichissement personnel

Malgré la difficulté de cette PEC, les SF trouvent que c'est une chance de pouvoir accompagner ces femmes. Gabrielle sera même déçue de ne pas en avoir davantage dans son lieu de travail.

Françoise s'intéresse énormément à ces patientes, à leur parcours, et veut savoir qui elles sont vraiment. Adeline la rejoint, et malgré les années, "*je ne m'en lasse pas : ah non pas du tout ! c'est un voyage d'ailleurs, non j'y vais volontiers*". Tout comme Diane qui se sent même de plus en plus à l'aise au fur et à mesure des années. Les SF nous diront que c'est même valorisant et très intéressant et que cela permet une ouverture d'esprit.

3.6.2. Empathie

Cette ouverture d'esprit est exprimée par Diane : "*tout le monde peut se retrouver dans cette situation, il ne faut pas l'oublier, même si on est confortablement dans nos vies.*" "*Je trouve ça hyper intéressant justement. On n'a pas les mêmes codes, on n'a pas grandi dans le même pays et je pense qu'il y a des personnes, ça les gêne, il y a*

des soignants qui ne comprennent pas et ils veulent pas comprendre". Diane a conscience d'être face à des personnes différentes d'elles, et comme Constance, elle n'accepte pas que des soignants puissent dissocier cela de leur travail. Béatrice, également expatriée, a le même sentiment que Diane et trouve certaines de ses collègues trop jugeantes ou qui n'essaient pas de comprendre ces femmes. Elle pointe du doigt l'importance "d'intégrer *plus que ce que l'on peut faire*". Béatrice parle en tant que SF mais aussi en tant que femme qui a dû s'intégrer dans une culture différente et qui évoque les difficultés que cela peut être, elle sera donc d'autant plus impliquée car se sent très concernée. Cela montre aussi tout le sens du soin, le soin est une pratique humaine qui nous engage plus qu'aux simples frontières d'un métier.

Les SF, comme Adeline et Françoise, prennent à cœur de les encourager, de les rendre fière de tout ce qu'elles ont déjà accompli et de mettre en valeur la moindre petite chose.

3.6.3. Une volonté commune

Et cette empathie se traduit par une volonté de toujours faire du mieux qu'elles peuvent. Elles ont conscience que leur PEC peut être un tremplin pour leur vie. Adeline fait la remarque que "*si ça se trouve t'es la première soignante...elle vient d'accoucher et c'est le moment d'expliquer des choses monumentales sur sa santé, sur celle de son enfant et qui peuvent lui servir toute sa vie*". Elles vont donc s'adapter et "*trouver des astuces pour que les gens ne se sentent pas démunis*", phrase exprimée par Françoise où nous voyons en quelque sorte un calque de la situation : les sages-femmes se sentent démunies mais redoublent d'effort pour que cela ait le moins d'impact possible.

Pour cela, certaines sages-femmes entreprennent des projets, "*pour que la situation ne se réitère pas*" [Elise]. Des projets, qui sont imaginés par elles-mêmes, ou déjà concrétisés comme par exemple Constance qui, avec certaines de ses collègues, a fait un "*travail en amont où on a des livrets d'informations sur l'allaitement qu'on va pouvoir diffuser en Anglais, en Vietnamiens et en Arabe*".

La réunion de toutes les idées des soignants des différentes maternités pourrait certainement amener à un grand nombre de solutions pour faciliter la PEC.

IV. Discussion

4.1. Points forts et limites de l'étude

4.1.1. Points forts de l'étude

Au vu du contexte migratoire qui est croissant depuis 1946 (1), notre sujet est au cœur de l'actualité. Effectivement avec le contexte économique, climatique et politique actuel, la France se voit accueillir de plus en plus de migrants. C'est le deuxième pays d'Europe, après l'Allemagne. (20) De plus, Rennes fait partie des villes fortement choisies avec plus de 11% d'immigrés en 2017 (2)1).

De nombreuses études traitent le sujet des migrants en France mais peu s'intéressent au vécu des sages-femmes et la partie des suites de couches est, de ce que nous avons pu voir, très peu abordée.

La méthode qualitative mobilisant des entretiens semi-directifs permet de recueillir des réponses riches répondant aux objectifs énoncés. Cette méthode a permis l'expression libre des SF. Bien que la saturation des données n'ait pas été atteinte, les sept entretiens menés fournissent non seulement une description dense mais aussi une compréhension plus approfondie du sujet.

Les parcours différents des SF et leurs années d'ancienneté différente allant de 3 ans à 30 ans de carrière permettent une hétérogénéité des expériences et des ressentis ce qui donnent un caractère enrichissant à notre présente étude. Cela permet également d'interroger des sages-femmes sur leurs pratiques actuelles dans un contexte où certaines ont vu l'évolution de cette migration et à la mise en place de méthodes de communication différentes au sein de leur institution.

4.1.2. Biais et limites de l'étude

En ce qui concerne les biais de cette étude, une interprétation personnelle inconsciente a pu être réalisée malgré la présence d'une retranscription exacte des entretiens et l'objectif de neutralité de l'enquêteur. De plus, certaines relances lors de mes entretiens ont également pu influencer le discours des SF. Un biais de mesure est forcément présent, les sages-femmes se rappellent des histoires plus ou moins

importantes (les plus compliquées, les plus actuelles ou en fonction de l'ancienneté). On retrouve un biais de sélection, ce sont les plus intéressées par le sujet qui semblent avoir accepté de participer aux entretiens. De plus, elles paraissent être fortement sensibilisées à la question de la migration et de l'interculturalité.

Au niveau des limites de cette étude, même si les entretiens se ressemblent, le nombre de SF interrogées ne permet pas de respecter, au sens strict, la saturation des données.

4. 2. Interprétation des résultats

4.2.1. Confrontation des résultats avec la littérature

Lors de nos entretiens nous nous sommes rendu compte que se cantonner seulement à la problématique de la langue est très compliqué pour les SF. Effectivement c'est un ressenti et une prise en charge globale de la patiente qui sont faits et qui nous sont retranscrits. Malgré notre recentrage, pendant les entretiens, sur cette notion de langue, la dissociation entre langue et situation générale de la patiente (ethnie, classe sociale, contexte familial) n'était pas évidente. C'est de cette façon que nous avons pu remarquer que certaines informations n'étaient pas transmises et cela pour plusieurs raisons exposées : manque de temps, manque de moyen, pas une priorité pour les patientes, population qui aurait plus confiance dans le corps médical. Des raisons donc fonctionnelles mais également rationnelles.

4.2.1.1. Le temps

- Un séjour plus court

Le manque de temps est une chose facile à expliquer. Malgré une diminution globale du nombre de naissances notamment depuis 2015 (21), les maternités restent surchargées. Cela s'explique par une diminution du nombre de maternités passant de 1375 en 1975 à 478 en 2020 (22). On constate également une stagnation du nombre de sages-femmes depuis 2017 qui se dirigent en plus davantage vers la profession libérale (23). Pour pallier cette surcharge, l'Anaes (agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé) a publié en 2004 des recommandations

sur la sortie précoce après l'accouchement et en 2014 l'HAS a mis à jour ces recommandations (12). Cela a également été favorisé par l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), cette diminution a permis un équilibre budgétaire des hôpitaux. Tout cela a mené à un raccourcissement du séjour passant d'une moyenne de 5.3 jours en 1996 à 4.4 en 2020 (22). Ce raccourcissement du séjour implique un turnover important et nécessite que les SF donnent l'entièreté de leurs informations en un temps plus court.

- Une liste longue

Nous avons cherché à savoir ce qu'un dossier de post partum doit contenir ainsi que les informations obligatoires à faire passer. En regroupant les informations du "contenu minimum attendu dans le dossier obstétrical du post-partum en maternité pour la mère et son (ses) nouveau-né(s)" édité en 2018 et les recommandations du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), une liste d'actes est mise avant.

En ce qui concerne la mère, une surveillance des signes fonctionnels, un examen clinique (seins, utérus, lochies, périnée, paroi abdominale si césarienne, examen des membres inférieurs), une prise de constantes, une surveillance générale (alimentation, élimination, mobilisation, hygiène et confort) et la mise en place d'actes complémentaires, traitements et soins, en fonction de la situation, doivent être réalisés tous les jours. Des mesures d'accompagnement et relationnelles (relation d'aide, évaluation du lien mère-enfant(s), évaluation des besoins psycho-sociaux : stress post-traumatique, anxiété, trait dépressif, autres vulnérabilités non repérées en début ou au cours de la grossesse) doivent également être mises en place, mais aussi des actes d'éducation et de prévention : conseils allaitement, contraception, parentalité, vaccinations, soins de puériculture, et des informations données à la femme, notamment de la réflexion bénéfice-risque des actes réalisés en post-partum (14) (24).

Pour le nouveau-né, une surveillance des signes fonctionnels, un examen clinique, une prise de constantes, et une surveillance générale (alimentation, élimination, hygiène et confort) doivent être réalisés. Les dépistages (dépistage néonatal, dépistage de la surdité et de l'ictère), doivent être mis en place. Et enfin, des

informations aux parents, notamment de la réflexion bénéfico-risque des actes réalisés au nouveau-né, doivent être délivrées (14)(24).

La Haute Autorité de Santé (HAS) apporte des détails supplémentaires sur les informations à transmettre "Il est recommandé d'informer les femmes et/ou les couples sur les événements du postpartum (particulièrement pour les primipares) : modifications physiologiques pour la mère et pour l'enfant, soins, conseils en puériculture, troubles éventuels pouvant survenir, leur prévention et leur surveillance (signes d'alerte). Il est recommandé d'informer les femmes sur le déroulement du séjour à la maternité et l'organisation du retour à domicile" (12). Ces informations concernent également la suite à la sortie de la maternité : «Il est nécessaire de donner à l'ensemble des femmes la possibilité de bénéficier d'un suivi médical après la sortie de la maternité, cela afin de repérer précocement les situations à risque et d'assurer une prise en charge des complications. [...] La date de la première visite médicale doit être fixée avant la sortie de la maternité, quelle que soit la durée de séjour ». (12)

Comme nous le constatons, il s'agit d'une longue liste faite de nombreuses mentions d'informations et de prévention dont les sages-femmes ne peuvent donc pas faire l'impasse. De plus, celle-ci n'est pas exhaustive et de nombreuses autres recommandations existent pour la maman mais aussi pour le nouveau-né.

4.2.1.2. Différents dispositifs mis en place

Cela ajouté au fait que, comme les SF l'ont toutes exprimé, donner les informations via quelqu'un d'autre, comme par exemple la famille, des sites de traduction ou même via un traducteur professionnel, prend plus de temps. Mais pour les SF, le plus rapide et le plus accessible reste la famille. Une loi santé a été votée en 2017 et l'HAS a publié un référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques concernant l'interprétariat dans le domaine de la santé. Ce dernier met justement en garde sur ces méthodes (famille et site) qui donnent une "*illusion de la communication*", bien qu'il reconnaisse leur utilité dans certaines situations (25). En effet, ces outils ne respectent pas certains droits. Par exemple, avoir recours à un membre de la famille ne permettra pas de s'assurer d'une bonne retranscription et ainsi assurer une bonne compréhension. De plus, le secret médical ne sera pas

respecté. Ce sont pourtant ces deux méthodes (famille et site) qui sont les plus utilisées par les SF, impliquant donc parfois les enfants, même si elles évitent le plus possible.

Une étude portant sur ce sujet, d'enfants interprètes, montre qu'ils peuvent se sentir inquiets face à la responsabilité qui leur était attribuée mais que celle-ci est diminuée s'il y avait une reconnaissance du personnel soignant et des parents (26). Dans tous les cas les SF nous ont toutes dit qu'elles mettaient un point d'honneur à les solliciter le moins possible.

En ce qui concerne l'interprète, la grande majorité des SF voit plutôt cet outil comme une charge de travail supplémentaire qu'un réel bénéfice. Toutefois l'assistance sociale, que nous avons interrogée insistait justement pour combattre cette idée, selon-elle, préconçue: *“tout le monde se dit que c'est compliqué, c'est cher, pourtant, c'est possible et ce n'est plus si compliqué en passant directement par le pôle interprétariat de Louis Guilloux”*.

Il était donc intéressant de chercher quelles recommandations les SF avaient et ce qu'il en était concernant le réseau Louis Guilloux (RLG). Le pôle d'interprétariat Louis Guilloux créé à Rennes en 2007, propose des traducteurs pour 15 langues différentes (27) (28). Et la première contrainte qui peut se poser est qu'il convient de fixer un rendez-vous minimum 72H avant la PEC, ce qui est faisable lors d'une consultation mensuelle, par exemple, mais beaucoup plus compliqué dans le contexte de SDC où la date d'accouchement n'est pas anticipable et que le séjour dure environ 72 heures (28). De plus, lorsque l'on regarde le protocole du CHU de Rennes (maternité d'Ille et Vilaine la plus concernée par la population allophone), plusieurs étapes sont recommandées avant de faire appel à un interprète. Nous retrouvons dans l'ordre : utiliser un traducteur gratuit de google (si la communication permet une information de qualité), utiliser le site Traelho (pour les premiers contacts et échanges), recherche en interne, un agent parlant la langue souhaitée et en quatrième position vient la solution de solliciter le RLG (29). Les SF ne sont donc pas incitées à prendre contact avec un interprète en premier lieu.

Le site Traelho, est un site de traduction spécialisé pour le milieu hospitalier mais il ne traduit que 350 phrases et est surtout fait pour une situation d'urgence pour

recupérer les premières informations importantes (26). Il n'est donc pas vraiment adapté au service des SDC.

En dernière option, si toutes les démarches internes et externes (RLG) ne sont pas concluantes, il existe l'ISM interprétariat : service d'interprétariat uniquement téléphonique accessible 24h/24. Celui-ci ayant un coût très important (10 min= 27 euros) il ne doit être utilisé qu'en cas d'extrêmes urgences et une validation (DQRU) par la direction qualité et relations avec les usagers, en charge de l'aspect financier.

En ce qui concerne le coût important qui nous a été rapporté concernant les interprètes, nous avons voulu connaître le budget alloué par an pour ce dispositif et le nombre de fois où celui-ci avait été sollicité dans le service de maternité. Cette demande à été faite auprès de la direction qualité et relations avec les usagers (DQRU), malheureusement nous n'avons pas eu de réponse.

Lorsque nous replaçons l'interprète dans le contexte, effectivement celui-ci peut être d'une grande utilité en fin de séjour pour clôturer la sortie, revoir certains points en détails, analyser l'état mental de la patiente, transmettre les informations lors de la visite du pédiatre si le regroupement de toutes ces personnes se coordonnent. Il permet d'aborder des sujets délicats comme la contraception et où il est important de recueillir son souhait. Il permet également le secret médical. Mais toutes les informations des SDC ne peuvent pas être données au dernier moment puisque c'est sur tout le long du séjour que des conseils sont donnés. Des informations qui peuvent paraître minimales si on les prend une à une mais qui en font, dans leur globalité, une PEC adéquate. Ne serait-ce que pour la mise en place de l'allaitement, comment bien positionner l'enfant, le rythme..si cela est expliqué au troisième jour ça ne fonctionnera pas. Ou encore le soin du cordon ombilical..toutes ces informations qui se font à des moments bien précis et qui ne peuvent pas être traduites seulement à la fin du séjour.

L'interprète est donc une des solutions à mettre en avant mais elle ne pourra pas résoudre à elle seule les problèmes présentés lors de cette étude.

4.2.1.3. Une situation précaire

Étonnamment, ce ne sont pas les problèmes de santé qui sont mis en avant par les sages-femmes pour justifier une PEC plus longue, comme nous avons pu le lire dans les études de Carayol et al. (30) ou encore Sauvegrain et al (31). Ces études montrent que les femmes étrangères sont plus à risque de mortalité périnatale. On peut donc penser qu'il s'agit d'événements rares qui ne sont perceptibles que par l'étude de grand groupe de population. A l'échelle du soignant, les quelques cas rencontrés ne permettent pas de s'en apercevoir. A l'inverse, les problèmes socio-économiques sont facilement perceptibles sur le terrain et ce sont ces derniers qui ont le plus gros impact sur la PEC des SF. P. Eloy montre dans son étude la complexité qu'ont les parents à trouver un logement malgré des connaissances dans le pays et les difficultés auxquelles ils doivent faire face : absence de titre de séjour, discriminations surtout dans l'accès aux soins et peu de ressources (32). Les SF nous ont parlé de ces problèmes récurrents de manque de matériel, ou des logements précaires et cela faisait partie des raisons pour lesquelles il existait d'ailleurs une information priorisée.

Mais cette situation (précarité et information priorisée) peut participer à une insécurité pour les patientes et engendre des risques non quantifiables et non observables. Une fois chez elles, les patientes sont confrontées à une PEC en autonomie et si elles n'ont pas eu ou mal compris toutes les informations il peut y avoir de graves impacts facilement imaginables (infection du cordon, mort subite du nourrisson...). C'est pourquoi il est important de bien cadrer cette partie pour que les patientes se sentent en sécurité, que ce soit pour elles ou pour leur enfant lors de leur sortie de maternité. Les accompagner et leur apporter un soutien social dans leur contexte de vie parfois compliqué a également montré que cela pouvait améliorer la qualité de vie du post partum (33).

4.2.1.4. Une culture différente

L'isolement est également quelque chose de constaté par les SF, elles ont conscience de leur rôle d'accompagnement face à ces jeunes mamans qui n'ont parfois pas leurs repères. Effectivement, de nombreux articles et notamment l'ouvrage de M.R Moro, C. Mestre et I.Real (34) montre l'importance et le

retentissement que peuvent avoir les cultures sur une maternité, loin de sa famille et surtout loin de sa mère.

C'est précisément dans ce contexte que les interprètes peuvent également jouer un rôle, puisque comme l'ont énoncé l'assistante sociale et l'HAS (25), les interprètes disposent également d'une connaissance de la culture liée à une langue et peuvent permettre un étayage culturel. Cela peut donc jouer un rôle important pour une meilleure adaptation auprès de chaque patiente.

Ces femmes ont appris d'autres façons de faire, il convient donc de leur expliquer comment le système français à l'habitude de faire, tout en s'adaptant à leur pratique. Les SF ont aussi exprimé une notion de « code » différent. Au cours des entretiens, ce terme était employé, pour nous, dans le sens "façon différente de faire, culture différente". C'est ce que nous avons pu lire dans de nombreux articles tel que l'article précédent ou encore celui de M.C. Prost Favret (35) ou même dans le mémoire P. Chauvin (36) qui traite sur l'altérité culturelle. Nous n'avons donc pas fait définir ce terme par les SF. Mais lors de notre analyse, nous nous sommes rendu compte que la notion de "code" pouvait être vaste. Il peut s'agir des codes culturels mais également des codes de notre société, codes du monde médical, ou encore codes de valeur sociale. Les SF faisaient d'ailleurs la différence entre les femmes avec une classe sociale élevée qui auraient plus les "codes" que les femmes en situation de précarité. Le mot "code" n'exprime finalement pas qu'un aspect culturel mais une différence significative sur de nombreux aspects que les SF constatent entre elles et les patientes. Ce mot n'est pas péjoratif mais évoque une adaptation que doivent faire les SF lors de leur PEC. Quand nous sommes habitués à une façon de faire, il est très dur de s'en détacher et d'ouvrir son champ des possibles. Chacun a sa manière de faire les choses, sa vision. En France nous sommes bien entendu tous différents mais nous avons suivi la même trame de vie en quelque sorte. La différence perturbe nos habitudes et met les SF en difficulté avec un possible impact sur la relation soignant-soigné comme le montre justement l'étude de Uysal. A (37).

4.2.1.5. Une population plus confiante

Les SF ont aussi mis en avant qu'elles trouvaient cette population généralement plus confiante, ce qui leur permettait de donner parfois moins d'informations sur certains

examens. Nous avons trouvé une étude, faite en Suisse, sur la mesure de la satisfaction des migrants en milieu hospitalier surtout basée sur l'obstétrique et la psychiatrie (38). De manière générale, les migrants sont plutôt satisfaits des soins mais notifient tout de même certains vécus négatifs, d'ailleurs très similaires aux vécus des SF. En premier lieu, sans surprise, il y a la qualité de l'échange, liée au problème linguistique qui entraîne une frustration de ne pas comprendre, de mal comprendre la situation ou de ne pas pouvoir exprimer leurs besoins. Un problème de communication interculturelle a aussi été relevé et l'interprète était généralement bien apprécié. Une non considération par le personnel soignant a également été citée ce qui, parfois, diminuait la confiance des migrants. Cette non considération a d'ailleurs été également relevée par certaines SF que nous avons interrogées et qui trouvaient parfois leurs collègues non impliquées dans la PEC. Pour autant, cette dernière étude montre que les informations reçues, au cours du séjour, étaient jugées satisfaisantes par les migrants.

Cette notion de confiance nous fait également penser aux travaux de A. Hirschman qui expose trois concepts utiles pour l'analyse des services publics : "exit, voice or loyalty", traduit par : sortir, voix ou loyauté (39). Effectivement si l'on transpose cela dans les rapports sociaux de soins nous pouvons ressortir trois situations. Certaines patientes, si elles sont insatisfaites le feront savoir (voice), d'autres botte en touche (exit) et iront voir ailleurs et certaines femmes sont loyales dans les normes de soins dictées par les soignants. Mais là encore on peut se demander, pour cette population, surtout celle dans une situation précaire, si c'est vraiment de la loyauté ou si en réalité elles n'ont pas vraiment le choix de rester dans un même hôpital. De même pour l'expression de mécontentement qui est plus difficile lorsqu'on ne parle pas la même langue.

4.2.1.6. Adaptation de la PEC

- Adaptation inconsciente

Ainsi les SF, du fait de toutes ces problématiques exposées, vont être amenées à faire des choix dans leur prise en charge. Certaines SF interrogées prennent le parti de ne pas tout leur dire, jugeant que les patientes ne le feront pas puisque ce n'est pas dans leurs mœurs ou que ce n'est tout simplement pas leur priorité. Elles ne

veulent pas les surcharger avec trop d'informations. Elles s'adaptent à la situation de chaque femme et comptent sur les intervenants extérieurs à qui elles font appel.

Point de vue certes défendable, mais il semblait tout de même intéressant de comparer cela aux travaux de A. Paillet (40) qui reprend trois études américaines. Cette étude met en avant la différence de PEC des patients par les professionnels médicaux selon la valeur sociale qui leur est attribuée. L'auteur américain Roth montre que nos comportements et nos diagnostics changent selon les représentations sociales des patients. Même si ces études datent des années 50-60, une façon de penser a certes évolué mais nous pouvons le dire sans nier qu'une catégorisation des patients est encore très présente dans notre société qu'elle soit consciente ou inconsciente (41). D'ailleurs comme nous l'avons déjà exposé précédemment, les SF elles-mêmes, trouvaient certaines collègues parfois jugeantes et non intégrantes. Et les femmes migrantes interrogées, dans l'étude américaine traitant les symptômes de dépression (42), disaient effectivement que l'attitude des professionnels pouvait avoir un rôle important et qu'elles voyaient des différences. La vision de valeur se définit par de nombreux critères et est différente pour tout le monde (43).

- Place du psychosocial

Le côté psychosocial est, comme nous l'avons vu dans cette étude, souvent mis de côté par les SF, sûrement par manque de diagnostic et de moyen de PEC. Pourtant le baby-blues, et la dépression du post partum touchent respectivement 50 à 80% et 10 à 20% des femmes (44). Le baby blues survient généralement vers le troisième jour du post partum et s'étend sur une période courte (quatre-cinq jours). Il se manifeste par de la tristesse et de l'anxiété qui se résout généralement avec l'entourage, la relation avec les soignants, la revalorisation des fonctions maternelles de la mère, l'information, une attitude chaleureuse et compréhensive qui permettra à la femme de reprendre confiance en elle sans utilisation de traitement systématique (45) (46). Nous le comprenons bien, les femmes allophones sont, pour la plupart, déjà plus à risque puisqu'elles sont isolées et la relation avec les soignants est plus compliquée. La dépression du post partum survient elle, plus tardivement et persiste dans le temps, elle se résout généralement dans l'année après la naissance. Elle est plus intense que le baby blues, il faudra souvent une prise en charge

médicamenteuse (46). Le suicide représentant la deuxième cause de mortalité maternelle en France (47), une bonne PEC est donc non négligeable.

Le rôle des sages-femmes est primordial sur cette période là, puisque c'est par l'accompagnement et la communication que cette pathologie peut se résoudre. La SF est le premier interlocuteur mais la barrière linguistique, le manque de moyen et le manque de temps peuvent entraîner une mauvaise PEC. De plus, comme des sages-femmes l'ont dit lors de nos entretiens, ces femmes n'ont pas toujours la même façon d'exprimer leur chagrin et leurs doutes, que ce soit physique ou oralement. Le diagnostic en est donc beaucoup plus dur.

Une étude faite en Suisse montre d'ailleurs qu'il y a une forte prévalence de dépression prénatale (52%) et postnatale (33%) chez les femmes migrantes (48). Certains facteurs de risque associés à la dépression sont non spécifiques à la migration (être célibataire, absence de soutien conjugal), mais à cela se rajoute d'autres facteurs qui sont liés à la situation migratoire (être primo-arrivante, et devoir faire face à un cumul de difficultés légales, économiques et sociales). Une autre étude américaine auprès des femmes immigrées a permis de demander aux patientes qui avaient des symptômes, ce qui avait pu déclencher cela. Le fait de ne pas avoir son entourage, sa famille pour l'aider, le changement physique et la fatigue sont revenu majoritairement. Elles trouvaient que malgré la bienveillance des professionnels à l'hôpital, l'aspect psychologique n'était pas abordé. Celui-ci était par contre parfois évoqué avec l'infirmière pendant le post partum (42).

Les SF avouent moins aborder le côté psychologique malgré la connaissance de la problématique. Mais comme elles nous l'ont dit, cela n'est finalement que la suite logique de leur prise en charge et tout se rejoint. Elles essayent de transmettre, en premier lieu, les données principales afin de leur donner les clés majeures pour le post partum. Elles essayent de déchiffrer ce que les patientes savent, ce dont elles ont besoin et cela participe à donner une certaine stabilité aux patientes. Elles n'ont pas le temps d'aller creuser et elles ont peur de ne pas avoir les outils à leur proposer si jamais elles découvrent quelque chose. Les encourager, ça, elles le font et de bon cœur comme nous avons pu le voir. Pour ce qui est du reste, elles se voient obligées de déléguer car malheureusement il y a aussi d'autres patientes et

qu'elles ne peuvent pas leur consacrer tout leur temps. Elles font donc appel à des aides comme l'assistante sociale ou la PMI pour justement régler nombreuses de ces situations de précarité et d'isolement. Lors de notre entretien avec l'assistante sociale, elle nous disait mettre ces femmes en contact avec des groupes de paroles, ce qui participe à leur intégration et favorise sûrement le meilleur vécu du post partum. Des "guides pratiques pour les migrants à Rennes", traduits en différentes langues et édités par le RLG leur sont également distribués. Ces guides regroupent des informations pratiques sur leurs droits de séjour, les différentes associations possibles et où manger par exemple.

Le maillage et la bienveillance qui se créent autour de ces personnes est certes le début d'une prise en charge non négligeable mais il n'existe pas encore de proposition pour un vrai diagnostic et suivi psychologique comme ce que nous avons pour les patientes parlant Français.

4.2.2. Confrontation avec les hypothèses

Comme première hypothèse nous avons exposé que les **sages-femmes pouvaient se sentir démunies face à l'accompagnement des femmes allophones et n'arrivaient pas à aboutir à la prise en charge qu'elles souhaiteraient**. Suite à nos résultats nous pouvons dire que cela est vrai. Effectivement, les SF ne se sentent pas satisfaites de leur prise en charge malgré tous les efforts qu'elles peuvent y mettre. Difficultés liées à la langue, certes, mais en grande majorité liées au temps que ces patientes nécessitent dans un environnement qui n'est pas aménagé pour. Les SF ont une impression de PEC qui n'est pas complète, qu'elles font parfois le strict minimum et qu'elles doivent négocier ce qu'elles vont pouvoir leur faire passer comme informations. Les difficultés auxquelles font face les patientes entravent et alourdissent la prise en charge. Les SF doivent s'adapter à un mode de vie plus précaire et donnent donc des informations en fonction de cela. Une frustration majorée par l'envie d'aider ces femmes. Une envie de potentialiser ce passage vers le recours aux soins pour elles et leurs enfants, passage qui est parfois rare pour ces femmes. Les SF savent qu'elles sont le premier interlocuteur dans cette nouvelle vie de mère et ont conscience de l'importance de leur accompagnement. Le maillage existant avec la PMI et les assistants sociaux sont une aide précieuse pour cet accompagnement mais il ne comble pas leur

insatisfaction. L'objectif d'autonomisation des patientes décrit dans l'introduction n'est, pour les SF, pas réalisé ou en tout cas pas entièrement. Une santé physique certes, mais une santé mentale pas certaine puisque comme l'étude de Ozdemir. F et al le montre, l'autonomisation participe à un meilleur vécu. (16). Et cela fait que les SF sont démunies à tel point de ne pas s'y retrouver dans leur métier, qui est basé sur l'humain et l'accompagnement. Démunies au point de se sentir hypocrites avec certaines patientes et expriment des doutes sur leur prise en charge. Elles sont en désaccord avec le discours de prévention qu'elles font et elles sont déstabilisées car finalement les SF sont décalées par rapport à leurs propres codes.

Les sages-femmes peuvent se sentir **insatisfaites de leur prise en charge sur le plan médical, social et psycho-social**. Comme nous l'avons vu dans cette étude, les SF déclarent une PEC médicale, au sens du soin médical, inchangée et l'aspect de comorbidité plus importante, évoqué dans d'autres études, n'est pas abordé par ces SF. Ce n'est donc pas un fait marquant dans leur PEC. Mais la prise en charge médicale globale, soins et transmission d'informations, n'est pas complète et cela a un impact direct sur la satisfaction des SF vis-à-vis de leur PEC qu'elles caractérisent même parfois comme un échec. L'aspect social est quant à lui effectivement une difficulté très fortement évoquée et nécessite une adaptation de leur part ainsi que la mise en place d'intervenants extérieurs. Dans l'ensemble c'est une partie plus ou moins gérable mais insatisfaisante toute de même. En ce qui concerne le point psychosocial il est complètement mis de côté par les SF qui n'arrivent pas à aborder ou tout simplement diagnostiquer des fragilités maternelles alors que nous savons que cette période de post partum est plus à risque au niveau psychologique. Une insatisfaction finalement globale de la prise en charge sur tous les aspects.

Les sages-femmes **souhaiteraient avoir de meilleurs outils pour communiquer**. A travers cette étude ce n'est pas le manque d'outils qui fait le plus surface. Effectivement c'est surtout un manque de temps qui a l'air d'impacter les SF. Un temps qui ne leur permet pas de faire une prise en charge complète à leurs yeux. Elles ne retrouvent plus la partie humaine alors que la volonté d'aider ces patientes est présente. Les SF nous l'ont dit, même avec les moyens dont elles disposent elles se sentiraient capables de les prendre en charge et d'aborder tous les sujets en s'assurant que tout est compris. Elles feraient plus attention à ne pas utiliser la

famille ou les amies afin d'avoir le vrai discours de la patiente et de respecter le secret médical. L'appel d'un traducteur ne leur paraîtrait peut être plus impossible. En conclusion, elles pourraient justement utiliser les outils qui leur sont à disposition, plus éthique et efficace que les amis, la famille ou encore les sites de traductions qui sont eux plus rapides. Malheureusement nous ne nous dirigeons pas vers un allongement de temps mais plutôt le contraire, on peut alors imaginer que des outils faciles d'accès, plus efficaces et adaptés à la maternité leur permettraient de gagner du temps et donc ne serait plus un problème.

4.2.3. Propositions

Nous l'avons vu le vécu des sages-femmes face à leur prise en charge des femmes allophones n'est pas optimal. C'est pourquoi plusieurs axes peuvent être développés pour améliorer la prise en charge et donc le vécu.

4.2.3.1. Aménagement du temps

Le point majeur et qui est la suite logique de notre étude serait d'aménager des temps plus longs dans le service pour les patientes allophones. C'est-à-dire compter son entrée dans le service comme deux personnes. Comme ce qui existe déjà lors des consultations dans certains hôpitaux où ils ont le double de temps. Mais cela reste sûrement utopique puisqu'il faut de la place pour les autres patientes et que les personnes allophones ne sont pas les seules personnes à demander plus de temps.

4.2.3.2. Des vidéos interactives et explicatives du séjour

Ce ne sont pas les outils qui sont le plus en demande mais il pourrait être intéressant de créer un support réutilisable qui permettra de faire gagner justement ce temps si précieux. Effectivement les SF perdent beaucoup de temps à chercher le site qui traduira le mieux, la personne qui pourra traduire ou encore attendre que celle-ci soit disponible. Une vidéo interactive spéciale maternité pourrait être une des solutions. Une collaboration entre les maternités et le RLG, déjà à l'initiative de nombreux projets, pourrait permettre la création d'une vidéo traduite en plusieurs langues, par exemple les plus courantes. Cette vidéo ferait un récapitulatif des choses que les SF vont être amenées à faire lors du séjour, comment bien réaliser les soins, sur quoi il est important d'être attentif, des informations primordiales et des sous-parties si la SF est amenée à faire un examen en plus. Par exemple, explication du dépistage

néonatal et pourquoi le consentement est-il à récupérer. Une explication du dépistage de l'ictère et de la photothérapie si besoin...Un algorithme pré-traduit dans les langues les plus courantes.

A notre sens, cela pourrait régler plusieurs problématiques énoncées dans cette étude. Une information claire, loyale et éclairée pourrait être donnée au moins sur certains points, les SF sauraient que l'information est véritablement comprise et que les patientes auraient l'opportunité de la regarder plusieurs fois. Cela permettrait donc de gagner du temps pour se concentrer sur les particularités de chaque patiente et d'être plus attentif à la partie psychosociale. De plus, les femmes verraient l'investissement des SF et de l'établissement et cela montrerait qu'elles sont prises en considération. Un inconvénient est que cela enlève du lien social.

Il est clair que le côté psychosocial n'est pas abordable via des applications. Cette vidéo pourrait cependant permettre de poser les questions de base, pré traduit, pour connaître leur mode de vie, ce qu'elles possèdent à la maison, si elles connaissent du monde et ainsi voir le contexte. La vidéo pourrait aussi faire l'information sur le fait que le post partum peut être vécu difficilement par certaines patientes, que c'est normal et que pour cela les SF peuvent faire appel à un interprète et un psychologue si elles ressentent le besoin.

Des informations que les patientes pourraient revoir plusieurs fois, ainsi elles pourront par exemple revoir l'information sur comment bien coucher son enfant pour la prévention de la mort subite du nourrisson.

4.2.3.3. Ré-informer des SF sur les dispositifs

Nous l'avons vu, l'interprète reste assez flou dans la tête des SF et est vu comme quelqu'un d'inaccessible. Tout d'abord nous ne sommes pas sûres que les SF soient au courant de l'existence d'une liste d'agents en interne qui puissent venir faire la traduction. En tout cas, seulement deux SF nous en ont parlé dont Béatrice qui était bilingue et qui nous expliquait que des collègues pouvaient lui demander mais pas qu'elle faisait partie d'une liste intrinsèque à l'hôpital. La deuxième qui faisait partie d'une maternité différente faisait appel au gynécologue parlant d'autres langues mais là encore il n'y avait pas de notion de liste. Refaire le point sur les différentes étapes avec les sages-femmes nous paraît donc pertinent.

Pour régler ce problème des 72 heures de délai, il serait peut être possible de contacter l'interprète dès la SDN lorsque l'on voit que la PEC va être compliquée en SDC. Cela permettrait qu'il soit là pour la fin du séjour et ainsi assurer la transmission complète des informations et détecter par exemple une détresse psychologique. Cela pourrait aussi soulager les SF ou même l'assistante sociale en charge du dossier d'avoir un meilleur cadrage.

De plus, une information sur les actions possibles du réseau Louis Guilloux permettrait aux sages-femmes de rediriger les patientes. Effectivement, ce réseau organise des rencontres "ma grossesse en France" avec les femmes immigrées pour donner des informations sur les différentes étapes de la grossesse, la naissance, les modes de garde, le suivi médical et les premiers jours du nouveau-né. Il y a aussi des cours de français. Malheureusement il n'y a rien de prévu une fois que les patientes ont accouché. Cependant il existe un dispositif d'accompagnement psychosocial. Il pourrait être intéressant que les SF s'assurent que les patientes aient notion de ce dispositif. Ce dernier est principalement pour les pathologies dues aux traumatismes du parcours migratoires mais une partie sur le parcours de soins d'une grossesse pourrait y être associée.

Constituer un dossier partagé avec le réseau Louis Guilloux sur ce qui a justement été expliqué pendant la grossesse au cours des rencontres pourrait permettre de se concentrer sur ce qui n'a encore pas été évoqué.

4.2.3.4. Formation sur l'altérité culturelle

Les SF se sont plaintes de ne pas toujours comprendre la façon dont les femmes s'expriment ce qui empêchait parfois un diagnostic. Une formation sur les pratiques des populations et certains rites pourrait aider les SF à mieux les connaître, à reconnaître certaines réactions et ainsi donner des indices aux SF sur comment les aborder. De cette manière les SF sauraient et pourraient expliquer les différences de pratique ou bien tout simplement adhérer avec leur façon de faire et les accompagner dans ce sens. Une formation au cours des études de sages-femmes peut également permettre aux étudiants de comprendre et adapter leur prise en charge étant eux aussi de plus en plus confrontés à des populations riches de culture différentes.

4.2.3.5. Recueillir l'avis des patientes

Quoi de mieux pour s'améliorer que de demander à la personne concernée ce qu'elle a apprécié dans sa prise en charge, ce qu'elle n'a pas apprécié et ce qui, pour elle, pourrait être amélioré. Avoir un échange permettrait aux SF d'avoir un retour, un avis. Savoir si leur vécu est corrélé à celui des femmes ou si les patientes sont plutôt satisfaites. Cela permettrait de mettre en place des projets ou de changer certaines pratiques en fonction des besoins. Une étude comme celle faite en Suisse précédemment énoncée (38) pourrait nous aiguiller sur les axes d'améliorations.

V. Conclusion

Les suites de couches sont une étape cruciale dans la vie des nouveaux parents, période où l'on apprend le rythme de vie de son nouveau-né. Période où les parents sont guidés avec bienveillance et professionnalisme afin qu'ils puissent s'épanouir à trois.

Ce sujet d'étude met en lumière le quotidien des sages-femmes, qui, pour la plupart d'entre elles, est souvent rythmé par la prise en charge de population allophone. Ces soignantes nous ont montré qu'il y avait certes une problématique liée à la barrière de la langue mais également une problématique liée à la complexité de leur prise en charge dûe à un parcours et une histoire de vie complexe non détachable de leur accompagnement. Cela demande donc une adaptation très importante des sages-femmes.

Une insatisfaction des sages-femmes sur la prise en charge des femmes allophones a pu être mise en exergue et ce sur tous les aspects de leur accompagnement qu'il soit médical, social et surtout psychosocial. Ces professionnels ont l'impression de ne pas remplir complètement leur rôle et de ne pas se retrouver dans cette prise en charge humaine qu'on leur a confiée.

Les sages-femmes dénoncent un manque de temps crucial pour mener à bien ce rôle d'accompagnement ce qui engendre multiple adaptation comme une sélection des informations, une entorse au principe de secret médical, une déléition psychologique et bien d'autres. Mais à travers la complexité de cette prise en charge,

les sages-femmes se sentent chanceuses de partager des cultures différentes, d'avoir l'opportunité de les accompagner dans ce moment unique et ont conscience du rôle important qu'elles ont à jouer. Ces situations leur donnent envie de toujours s'améliorer et de trouver des nouvelles solutions.

Pour conclure, il semble évident que pour améliorer le vécu des sages-femmes face à ces populations allophones une organisation plus propice au bon suivi, des outils de traduction plus rapides et plus accessibles sont à mettre en place. Cela pourrait avoir un impact direct sur le temps de prise en charge et donc une potentielle amélioration du vécu de l'accompagnement qui pourrait sembler plus complet par les sages-femmes.

Ce mémoire portait seulement sur le vécu des sages-femmes, il pourrait être intéressant de le comparer au vécu des femmes allophones et ainsi trouver des axes d'amélioration communs.

VI. Bibliographie

Bibliographie référencées :

1. INSEE. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers [en ligne]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212> (consulté le 18 juin 2021)
2. INSEE. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers [en ligne]. Disponible sur https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212?fbclid=IwAR1zTj_PGnP7N8J2HCDpj4IRKsCKzCL8y5968_IHiluogHkjX3bZTC8bepl#en-six-questions (consulté le 18 juin 2021)
3. INSEE. Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2019 – Région de Bretagne (53). Étrangers - Immigrés en 2019. [en ligne]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6455262?sommaire=6455286&geo=REG-53>
(consulté le 27 oct 2022)
4. INSEE. Définition - Étranger [en ligne]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>. (consulté le 16 juin 2021)
5. INSEE. Définition - Immigré [en ligne]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>. (consulté le 16 juin 2021)
6. Allophone : Définition simple et facile du dictionnaire [en ligne]. Disponible sur:
<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/allophone/> (consulté le 16 juin 2021)
7. Noblecourt O. L'égalité pour les femmes migrantes. 2014
8. Parizot I, Renahy E, Bazin F, Chauvin P. Santé, inégalités et ruptures sociales. Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France. 2005 p. 116.
9. Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M hélène. Santé périnatale des femmes étrangères en France. Bull Epidémiologique Hebd. 2012;5.

10. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement [en ligne]. Edition 2015. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf. [consulté le 4 nov 2022]
11. CNGOF. Accouchement normal en présentation du sommet suites de couches normales. In: E.book GO [en ligne]. 2016. chapitre 30, item 30. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/37-ch30-373-402-9782294715518-AN.htm>. [consulté le 13 janv 2023]
12. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [en ligne]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nés. [consulté le 18 juin 2021]
13. CYRULNIK B, BENACHI A, FILLIOZAT I, DUGRAVIER R, ANSERMET F, CASSO-VICARINI N, et al. Rapport-1000-premiers-jours [en ligne]. 2020. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>. [consulté le 28 oct 2022]
14. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - Post Partum [en ligne]. 2016. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%20nationales/MAJ%20en%20GO/2015/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf>. [consulté le 18 juin 2021]
15. Paul M. Accompagnement. Rech Form. 1 sept 2009;(62):91-108.
16. Özdemir F, Ozturk Eyimaya A, Karabulutlu Ö, Tezel A. Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period. J Pak Med Assoc. 1 févr 2018;68:210-5.
17. Mantz JMa, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [en ligne]. 2006. Disponible sur:

<https://www.academie-medecine.fr/importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>. [consulté le 13 janv 2023]

18. Rouquette S. Nouer le lien social: pratiques de communication & lien social. Clermont-Ferrand: Presses universitaires Blaise Pascal; 2015. (Communication, cultures & lien social).
19. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
20. Wikipédia. Liste des pays par nombre de réfugiés. [en ligne]. 2022. Disponible sur:
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Liste_des_pays_par_nombre_de_r%C3%A9fugi%C3%A9s&oldid=197960120. [consulté 26 mars 2023]
21. INSEE. Naissances – Fécondité - France - Tableau de bord de l'économie française [en ligne]. 2022 . Disponible sur:
https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/22_NAI. [consulté le 9 nov 2022]
22. DREES. La naissance : les maternités. Établissement Santé [en ligne]. 26 juill 2022; (FICHE 21). Disponible sur
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2021%20-%20La%20naissance%20-%20les%20maternit%C3%A9s.pdf>.
23. DREES. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? [en ligne]. Les établissements de santé. 2022. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>. [consulté le 9 nov 2022]
24. Bonnefont MS, de Vichy C, Claude M, de Nantes C, Foulhy MC, Martinez MS, et al. Contenu minimum attendu dans le dossier obstétrical du post-partum en maternité pour la mère et son (ses) nouveau-né(s). 2018 p. 6.
25. HAS. Interprétation linguistique dans le domaine de la santé. 2017;57.

26. Bossuroy M, Jouve P. Les enfants qui jouent le rôle d'interprète pour leurs parents : de la parentification à la parentalisation. *Dialogue*. 2021;233(3):175-93.
27. Rapport d'activité Réseau Louis Guilloux [en ligne]. Ille et Vilaine; 2021 p. 107. Disponible sur: <https://rlg35.org/wp-content/uploads/2022/06/RA-2021-pour-site-internet.pdf>. [consulté le 9 mars 2023]
28. Pôle interprétariat – Le réseau Louis Guilloux [en ligne]. . Disponible sur: <http://rlg35.org/index.php/interpretariat/>. [consulté le 18 juin 2021]
29. CHU RENNES, Direction qualité et relations avec les usagers. Demande d'intervention d'un interprète en langue étrangère. 2021.
30. 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 ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. mars 2015;44(3):258-68.
31. Sauvegrain P. Accès aux soins périnataux et santé maternelle des femmes immigrées. 2017;7.
32. Eloy P. La parentalité sous contrainte des familles immigrées sans domicile en Île-de-France. Les résultats de l'enquête Enfams. *Rev Polit Soc Fam*. 2020;134(1):83-92.
33. Akýn B, Ege E, Koçođlu D, Demirören N, Yýlmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*. févr 2009;35(1):86-93.
34. Moro MR, Mestre C, Réal I. Périnatalité: des mères et des bébés en exil [en ligne]. 2017. Disponible sur: <https://clemedicine.com/perinatalite-des-meres-et-des-bebes-en-exil/>. [consulté 19 févr 2023]
35. Probst Favret MC. Mère et enfant, construire des racines en migration. Un groupe thérapeutique avec des mères migrantes et leur enfant. *Psychothérapies*. 2018;38(3):179-87.

36. Chauvin P. Les sages-femmes face à l'altérité culturelle en salles de naissance. Étude qualitative menée auprès de 15 sages-femmes hospitalières d'Ille-et-Vilaine [Mémoire pour l'optention du dipôme de sage-femme]. Rennes; 2020.
37. Uysal A. Les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné [Mémoire pour l'obtention du titre de bachelor of science HES-SO en soins infirmiers]. Haute école de la santé, Fribourg; 2010.
38. Stotzer U, Efonayi-Mäder D, Wanner P. Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier. 2006;
39. Hirschman A. Exit, voice, loyalty: Défection et prise de parole. 1970.
40. Paillet A. Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins: Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth. Actes Rech En Sci Soc. 12 avr 2021;N° 236-237(1):20-39.
41. Salès-Wuillemin E. La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale. 2006;
42. Ahmed A, Stewart DE, Teng L, Wahoush O, Gagnon AJ. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. Arch Womens Ment Health. 2 août 2008;11(4):295.
43. Schwartz SH. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. Rev Fr Sociol. 2006;47(4):929-68.
44. Comment différencier baby blues et dépression post-partum ? [en ligne]. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/comment-differencier-baby-blues-et-depression-post-partum>. [consulté le 17 mars 2023]
45. Baby blues et dépression post-partum : un entretien de prévention désormais obligatoire [en ligne]. 2022 . Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/baby-blues-et-depression-post-partum-un-entretien-de-prevention-desormais-obligatoire>. [consulté le 17 mars 2023]

46. CNGOF. Troubles psychiques de la grossesse et du post partum. In: e-book GO. 2016. p. Chapitre 35 Item 67.
47. Vacheron MN, Tessier V, Rossignol M, Deneux-Tharoux C, Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle. Maternal deaths due to suicide in France 2013-2015. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* janv 2021;49(1):38-46.
48. Sharapova A, Torche B, Epiney M, Goguikian Ratcliff B. Dépression périnatale chez les femmes migrantes : le rôle du statut légal sur les difficultés éprouvées. *L'Autre.* 2021;22(1):22-37.

Bibliographie non référencées :

Article électronique :

- Aouda A PF, Bovet M. Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. [en ligne]. 2008 . Disponible sur : [/notices/mort-subite-du-nourrisson-situation-en-2005-et-tendances-evolutives-depuis-1975.-numero-thematique.-morts-inattendues-du-nourrisson](#) [consulté le 18 juin 2021]
- Berchet C, Jusot F. Immigration and health care utilisation in France : New evidences from the health, health care and insurance survey [en ligne]. 2011. Disponible sur: https://www.ces-asso.org/sites/default/files/Berchet_Jusot.pdf?fbclid=IwAR31rDfESOdYQ7ckyVq0qa3-Eofn9xoP7YTAWYokvBs4AkYHi2yle6UmhmK [consulté 18 juin 2021]
- Burnel P, Calmet P. Modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé [en ligne]. Vie publique. 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/272732.pdf?fbclid=IwAR3vvpEqx1vNazTbJtdkV7-l0sA3djyf6wHihclguctjs2GfzpxOZ11eR0>. [consulté 18 juin 2021].
- Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bull Epidémiologique Hebd* [en ligne]. 2012 ; Disponible sur:

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/etat-de-sante-et-recours-aux-soins-de-s-immigres-en-france-une-revue-de-la-litterature>. [consulté 16 juin 2021]

- Dufour-Turbis C, Hamelin-Brabant L. L'expérience de la maternité en contexte d'immigration récente au Québec: Santé Publique. 23 janv 2020;Vol. 31(6):751-9.
- Gasquet C, Hoyez AC, Millot A. La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg [en ligne]. 2019 p. 73. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03016990>
- Gelly M, Cristofalo P, Gasquet-Blanchard C. Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares: Actes Rech En Sci Soc. 12 avr 2021;N° 236-237(1):72-91.
- Gelly M, Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. Agone. 29 juin 2016;n° 58(1):7-18.
- 16. Goguikian B, Pereira C, Sharapova A, Grimard N, Borel Radeff F, Moratti A. Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones [Internet]. Genève; 2014 [cité 22 janv 2022] p. 86. Disponible sur: https://www.unige.ch/fapse/psychoclinique/files/9114/2262/7152/Rapport_OFS_P_annexe-1_web.pdf
- 17. Graz B, Vader JP, Raynault MF. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. Sante Publique (Bucur). 2002;Vol. 14(1):75-81.
- 18. Hoyez AC, Gasquet C, Lepage F. Bodies at the crossroads between immigration and health [en ligne]. Springer; 2019 [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02294938>
- Mahon A, Merry L, Lu O, Gagnon AJ. Postpartum Pain in the Community Among Migrant and Non-migrant Women in Canada. J Immigr Minor Health. 1 avr 2017;19(2):407-14.

Revue :

- Barclay L, Kent D. Recent immigration and the misery of motherhood: A discussion of pertinent issues. Midwifery. mars 1998;14(1):4-9.
- Bourgeois B. La créativité des soignants face à la barrière de la langue. Aide Soignante. 2016;(176).

- Di Vita AM, Errante M, Vinciguerra M. La grossesse dans une perspective transculturelle : femmes immigrées à Palerme. *L'Autre*. 2008;9(1):101-17.
- Mouchenik Y, Moro MR. Pratiques transculturelles: Les nouveaux champs de la clinique. Éditions In Press; 2021. 258 p.
- Pian A, Hoyez AC, Tersigni S. L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants. *Rev Eur Migr Int*. 1 oct 2018;34(2-3):55-78.
- Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Rev Eur Migr Int*. 1 juin 2012;28(2):81-100.

Ouvrage:

- Barrier G. La communication non verbale: comprendre les gestes: perception et signification. Issy-les-Moulineaux: ESF; 2008.

Mémoire:

- Cognet M. Analyse des pratiques : le soutien à la parentalité par les sages-femmes dans le post partum. Étude observationnelle auprès de 108 sages-femmes exerçant dans le Puy-de-Dôme [Mémoire pour l'optention du diplôme de sage-femme]. Clermont - Auvergne; 2018.
- DE ALMEIDA ROCHA E. Barrière de la langue et qualité des soins. [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'infirmière]. Versailles; 2011.
- Gabriac J. 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 [Mémoire pour l'optention du diplôme de sage-femme]. Auvergne; 2016.
- Le Pottier H. Différences socio-culturelles et linguistiques dans la prise en charge des femmes immigrées en consultation: quelle pratique pour les sages-femmes? [Mémoire pour l'optention du diplôme de sage-femme]. Rennes; 2017.

VII. Annexes

Annexes N°1 :

Thèmes	Relances
<p>Thème 1 : Données socio démographiques : Pouvez vous me raconter votre parcours en tant que Sage-femme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - âge/ sexe - durée de pratique du métier ? - pourquoi sage femme ? - Travaillez vous souvent en SDC ? autres lieux : SDN , consultations? - Langue parlée et/ ou comprise?
<p>Thème 2 : Prise en charge d'une personne allophone : Comment se déroule le séjour en maternité ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la fréquence approximative de la prise en charge de ses femmes allophones? (<i>plusieurs fois pas mois, par semaines, par jour</i>) - De quelle origine viennent-elles ? - L'importance que vous portez aux SDC ? - Connaissez vous le parcours des femmes allophones dans leur suivi de grossesse ? (<i>as tu entendu parler de...le retard de PEC, patiente plus à risque, les associations à leur disposition ...</i>) - Comment ressentez-vous le comportement général de ces femmes en SDC ? (<i>très en demande ou en retrait</i>)
<p>Thème 3 : Accompagnement : Jugez vous que votre accompagnement est différent ? En quoi ?</p>	<p>Au niveau médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen, interrogatoire : plus, moins, pareil ? - (<i>Est ce que ta clinique te rattrape ou ça ne suffit pas ?</i>) <p>Au niveau social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lien social, communication, - Est ce que ça change votre approche ? (<i>contact, touché, visuel, expressions du visage ?</i>) - Que pensez-vous de la confiance soignant / soigné ? <p>Au niveau psychosocial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous ressentez certaines limites dans la prise en charge, lesquelles ? (<i>détecter les difficultés et pouvoir mettre en place des stratégies : mis à disposition d'aides telles qu'un psychologue, la PMI..</i>)

	<p>Dans quel état d'esprit êtes-vous lorsque vous devez prendre en charge une personne allophone ? (<i>êtes vous à l'aise, craintive, qu'est ce que vous craignez, frustrée? satisfaite, insatisfaite?</i>)</p> <p>Comment vous positionnez vous si vous êtes en désaccord avec une femme ? pouvez vous donner un exemple ? (<i>sur la façon de faire, la culture, sur une posture ?</i>)</p> <p>Pouvez vous illustrer une expérience positive avec une femme allophone; une expérience négative.</p> <p>Pensez vous que cela peut avoir un impact à la longue sur votre prise en charge ? que craignez-vous ? (<i>une lassitude, ou bien alors un objectif de formation ?</i>)</p> <p>Quelle est la première barrière pour vous dans la communication avec une patiente ? Est ce que la langue qui est pour vous la première barrière ? (<i>linguistique, financière , culturel</i>) (<i>quel est le plus facile à s'adapter, appréhender?</i>)</p> <p>Pensez-vous que votre responsabilité professionnelle est plus fortement mise en jeu ? Pourquoi ? (<i>vas tu jusqu'au bout de ta démarche pour t'assurer qu'elle comprenne ?</i>)</p>
<p>Thème 4 : Ressources: Quelles sont vos ressources ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous connaissance des dispositifs mis en œuvre dans l'établissement ? - Quels dispositifs utilisez-vous ? (<i>google traduction, personne tierce commune, interprète non professionnel (famille, ami..)</i>) - Qu'en pensez- vous ? Avantages/ inconvénients ?
<p>Thème 5 : Solutions : Que mettriez-vous en place pour améliorer la prise en charge ? Le vécu de votre PEC</p>	
<p>Conclusion : y'a t'il des choses que vous voulez ajouter.</p>	

Annexe N°2 : Exemple de mail pour le cadre du CHU de Rennes.

Bonjour,

Je m'appelle Chloé, je suis étudiante Sage-femme de Rennes et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je m'intéresse aux **vécus des Sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suites de couches**. Par "allophone" j'entends les patientes qui ne parlent pas le français, ou très peu.

Serait-il possible, s'il vous plaît, de diffuser le mail ci-après auprès des Sage-Femmes de votre maternité ?

Merci pour votre aide précieuse.

Cordialement,

Chloé SEBERT

"Bonjour,

Je m'appelle Chloé, je suis étudiante sage femme et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je m'intéresse aux **vécus des sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suites de couches**.

Par "allophone" j'entends les patientes qui ne parlent pas le français, ou très peu.

Pour m'aider dans ma recherche je voudrais interroger des sages-femmes de la maternité du CHU de Rennes afin de connaître leur vécu/ressenti sur la prise en charge de ces patientes sur les différents aspects de la suite de couche (social, médicale et psychosociale) ainsi que les points forts et faibles de cette prise en charge.

Je ferai également des entretiens avec de Saint Grégoire et de Redon et Vitré, ce qui me permettra de mettre en parallèle différents vécus.

Je souhaite réaliser des entretiens d'environ 45 minutes, en visioconférence ou bien dans un lieu de votre choix et à la date qui vous conviendra.

Évidemment votre identité et votre discours resteront anonymes.

Si vous êtes intéressé(e), n'hésitez pas à me contacter. Je suis également disponible pour toutes éventuelles questions.

chloe.sebert@ifchurennes.fr

Annexe N°3 :**Thème 2 : Prise en charge d'une patiente allophone**

Origines linguistiques ?? rencontrées dans la pratique quotidienne			
Sage-femme	Mots clés	Citations	Analyses
N°1			
N°2			
N°...			

Fréquence de ces prises en charge			
N°1			
N°2			
N°..			

Connaissance du parcours de ces femmes par les sages femmes			
N°1			
N°2			
N°..			

Ressenti du comportement général de ces femmes			
N°1			
N°2			
N°..			

Différences selon la classe sociale			
N°1			
N°2			
N°..			

Thème 3 : Accompagnement des patientes allophones

Place/importance des suites de naissance selon les sages-femmes			
Sage-femme	Mots clés	Citations	Analyses
N°1			
N°..			

Impact de la langue sur le plan médical			
N°1			
N°...			

Impact de la langue sur le plan social			
N°1			
N°..			

Impact de la langue sur le plan psychosocial			
N°1			
N°...			

Thème 4 : Vécu et ressenti de la sage femme face à une communication difficile

État d'esprit			
Sage-femme	Mots- clés	Citations	Analyses
N°1			
N°..			

Positionnement des sages- femmes			
N°1			
N°..			

Points à retirer d'un point de vue personnel de ses situations			
N°1			
N°...			

Impact sur une prise en charge à long terme			
N°1			
N°...			

Thème 5 : Éléments à mettre en place pour accompagner au mieux

Ressources mises à disposition			
Sage-femme	Mots- clés	Citations	Analyses
N°1			
N°...			

Ressources utilisées par les Sages- femmes			
N°1			
N°...			

Solutions proposées par les sages- femmes			
N°1			
N°...			

Choses à ajouter / intéressantes à aborder			
Sage femme	Mots clés	Citations	Analyse
N°1			
N°...			

Résumé

Objectif : Recueillir le vécu des sages-femmes hospitalières quant à l'accompagnement des femmes allophones en suite de couches au travers de leurs expériences et de leurs pratiques professionnelles.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de sept sages-femmes hospitalières d'Ille-et-Vilaine.

Résultats : Le vécu de l'accompagnement des femmes allophones par les sages-femmes interrogées s'avère fortement impacté par un certain nombre de facteurs. En premier lieu la barrière linguistique mais également le mode de vie des patientes, le niveau social parfois bas et le manque de temps engendrent notamment un défaut dans la transmission d'informations ainsi qu'une prise en charge psychosocial mise de côté. Cela génère une insatisfaction des sages-femmes qui se sentent démunies et n'ont pas l'impression de remplir leur rôle malgré la dévotion qu'elles y mettent et l'enrichissement personnel qu'elles en retirent.

Conclusion : Le professionnalisme et la capacité d'adaptation des sages-femmes permet une prise en charge au mieux des patientes, mais ne permet pas d'avoir la sensation d'un accompagnement complet. Il semble donc nécessaire de modifier l'organisation des établissements et d'apporter des moyens et outils supplémentaires.

Mots clés : Sages-femmes, allophone, suite de couche

Abstract

Objective: Collect the experiences of hospital midwives regarding the accompaniment of allophone women following childbirth through their experiences and their professional practices.

Method: Qualitative study by individual semi-directive interviews with seven hospital midwives in Ille-et-Vilaine.

Results: Experience of accompanying non-Francophone-speaking women by the midwives is impacted due to a number of factors. First of all, the language barrier, but also the patients' lifestyle, sometimes the low social level and the lack of time lead to a lack of information and put the psychosocial care aside. This generates dissatisfaction among midwives who feel helpless and do not feel they are fulfilling their role despite the devotion they put into it and the personal enrichment they get from it.

Conclusion: The professionalism and adaptation capacity of midwives allows for the best possible care of patients, but does not allow for a feeling of complete support. It therefore seems necessary to modify the organization of the institutions and to provide additional means and tools.

Key words: Midwives, allophone, postpartum

