

**Barrière de la langue :**

**Etude des pratiques des professionnels de santé  
du service d'obstétrique du CHU de Nantes  
dans la prise en charge de patientes non francophones**

*Mémoire présenté et soutenu par*

GUILLET Marine

Née le 06/09/1998

Directeur de mémoire : Catherine KERFORN,

Sage-femme responsable d'unité de soins en gynécologie-obstétrique

Validation 1<sup>ère</sup> session 2022 :      Oui       Non

Mention :     Très bien  
                  Bien  
                  Assez bien  
                  Aucune

Validation 2<sup>ème</sup> session 2022 :      Oui       Non

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Catherine Kerforn, pour la direction de ce mémoire. Son support, sa rigueur et ses connaissances sur le sujet m'ont été d'une aide précieuse pour ce travail.

Je remercie également Nathalie Le Guillanton, sage-femme enseignante de l'école de Nantes, pour son soutien et ses conseils nécessaires.

Merci à l'ensemble des soignants ayant pris le temps de répondre au questionnaire, sans qui notre étude n'aurait pas été possible.

Merci à mes amies de promotion et tout particulièrement Valentine et Alexia, sans qui ces années auraient été moins belles.

Et enfin un immense merci à mes parents et à mon frère pour leur soutien sans faille au cours de ces études, qui m'ont toujours encouragée et qui ont su m'apporter la confiance et l'amour nécessaires pour nourrir mes projets.

# SOMMAIRE

<b>I. Introduction</b> .....	<b>1</b>
1. Contexte général .....	1
A. Modification des profils migratoires .....	1
2. Barrière de la langue : un problème de santé publique .....	2
A. Santé des femmes immigrées .....	2
B. Suivi sous-optimal .....	3
C. Barrière de la langue et accès aux soins .....	3
D. Barrière de la langue et impact sur la délivrance des soins .....	4
3. Interprétariat en santé .....	5
A. Définitions générales .....	5
B. Solutions locales .....	5
4. Objectifs de l'étude .....	6
<b>II. Méthodes</b> .....	<b>7</b>
1. Design d'étude .....	7
2. Population .....	7
3. Analyses statistiques .....	8
<b>III. Résultats</b> .....	<b>9</b>
1. Population .....	9
2. Données descriptives .....	9
3. Confrontation avec la barrière de la langue .....	11
A. Fréquence .....	11
B. Difficultés rencontrées .....	12
4. Moyens utilisés en pratique pour dépasser la barrière linguistique .....	15
5. Impact de la barrière de la langue en fonction des services .....	17
6. Moyens adaptés dans leur pratique courante .....	18
<b>IV. Discussion</b> .....	<b>21</b>
1. Résultats clés .....	21
2. Interprétation .....	22
A. Enjeu : vaincre la barrière linguistique en situation de soins .....	22
B. Des moyens de communication mis en œuvre pour la dépasser .....	24
C. Optimiser l'utilisation des différents moyens .....	28
3. Forces et limites .....	32
A. Forces : .....	32
B. Limites : .....	33
4. Axes d'amélioration .....	34
<b>V. Conclusion</b> .....	<b>36</b>
<b>VI. Ouverture</b> .....	<b>37</b>

## ACRONYMES

**SDN** : Salles De Naissances

**SDC** : Suites De Couches

**GHR** : Grossesses à Haut Risque

**UK** : Unité Kangourou

**UGO** : Urgences Gynéco-Obstétricales

**SIG** : Suivi Intensif de Grossesses

**UGOMPS** : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

**DAN** : Diagnostic Anté-Natal

**RAD** : Retour A Domicile

**ISM** : Inter Service Migrants

**ASAMLA** : Association Santé Migrants Loire Atlantique

**PEC** : Prise En Charge

**CSP** : Code de la Santé Publique

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**ASH** : Agent de Service Hospitalier

**PASS** : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

# I. INTRODUCTION

## 1. CONTEXTE GÉNÉRAL

La communication est une problématique quotidienne des soignants. Le lien relationnel entre le patient et le professionnel de santé est essentiellement basé sur une communication efficiente. Elle est un facteur primordial de la qualité des soins et conditionne la confiance établie entre les deux protagonistes. De sa qualité dépend la compréhension et l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée (1).

Dans les moments exceptionnels que sont la grossesse, l'accouchement et la parentalité, l'accompagnement de la patiente et du co-parent passe par la création d'une relation de confiance privilégiée avec ceux-ci (2). Comment nouer ce lien avec la barrière de la langue ?

Au-delà du lien, la barrière linguistique entraîne des problèmes de prise en charge médicale, avec des soins sous-optimaux. Si l'on considère qu'en France en 2015, 1 naissance sur 5 était issue d'une femme étrangère, alors cette problématique est un réel enjeu de santé publique.

### A. MODIFICATION DES PROFILS MIGRATOIRES

En 2019 selon l'INSEE, 6,7 millions d'immigrés vivent en France, soit 9,9% de la population totale. Entre 2006 et 2018, le nombre d'immigrés arrivés en France est passé de 193 400 à 273 000.

Les femmes sont désormais majoritaires parmi les immigrés en France (INSEE, 2011). Depuis quelques années, on constate une modification dans le profil des immigrés avec notamment une augmentation de la migration subsaharienne.

La part des femmes célibataires dans la population des immigrés est passée de 23 % à 47 %. De plus en plus de femmes jeunes célibataires ou non, ayant parfois déjà une famille à charge, partent seules à l'étranger pour s'installer et trouver du travail ou y faire des études (3).

Aujourd'hui encore, les rapports sociaux entre les hommes et les femmes y restent nettement en défaveur des femmes (peu de libertés concernant leur vie conjugale,

pas d'autonomie économique). Ces contraintes qui s'imposent aux femmes sont d'autant plus fortement ressenties par les jeunes filles qui expriment une volonté d'indépendance. Pour elles, la migration se présente alors comme l'un des moyens de s'émanciper de leur groupe social et de refuser leur situation de dominées (4).

Les femmes sont aussi les premières victimes de guerres ou de conflits politiques, des famines, des épidémies. Elles sont également victimes de violences faites à leur rencontre dans certains contextes culturels. C'est pourquoi leur pourcentage augmente parmi les populations réfugiées ou déplacées (5).

L'accueil de cette population jeune en France conduit à une part importante de naissances issues de femmes étrangères (22% en 2015 selon l'Insee). Ce chiffre est de 17,5% en 2019 concernant la Loire-Atlantique.

Les pays de naissance des mères sont principalement l'Algérie, le Maroc, la Tunisie, la Côte d'Ivoire, le Congo, la Turquie, les Comores, toujours selon l'Insee.

## 2. BARRIÈRE DE LA LANGUE : UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

### A. SANTÉ DES FEMMES IMMIGRÉES

Les travaux portant sur la santé périnatale des enfants de femmes immigrées et particulièrement les femmes d'Afrique subsaharienne, ont montré qu'ils avaient un risque accru de complications (6). Ce sont des femmes plus âgées, notamment les femmes d'Afrique subsaharienne : 23% d'entre elles avaient 35 ans ou plus comparé aux 19% des Françaises. Elles étaient plus nombreuses à être multipares : 23% des femmes d'Afrique subsaharienne avaient leur quatrième enfant ou plus, contre 7% des Françaises (7). Elles ont également un niveau d'études plus faible, et des ressources issues d'une activité professionnelle moins fréquentes (8).

En revanche, les études consacrées à la santé maternelle de ces populations sont encore peu nombreuses. Dans une méta-analyse d'études conduites entre 1970 et 2013 dans plusieurs pays européens, on note une concordance d'un risque augmenté de mortalité maternelle parmi les femmes immigrées par rapport aux femmes natives, pouvant aller jusqu'à son doublement. Le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères est de 12,5 pour 100 000 naissances vivantes,

versus 7,9 pour les femmes françaises Ce sur-risque portait essentiellement sur les décès par complications hypertensives et infectieuses (9) (8).

Ces résultats soulignent les besoins de prévention et de prise en charge pour certains groupes de femmes étrangères, et tout particulièrement les femmes d'Afrique subsaharienne (7).

## B. SUIVI SOUS-OPTIMAL

Les femmes immigrées ont souvent une situation sociodémographique moins favorable que le reste de la population, ce qui peut rendre difficile l'accès aux soins (10) et accroître finalement les risques périnataux.

La proportion de soins sous-optimaux était plus grande parmi les femmes étrangères (78%) que parmi les Françaises (57%), différence encore plus marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne (95%) (8).

Une revue systématique de 2013 montre un risque accru de suivi prénatal sous-optimal pour les femmes migrantes par rapport aux femmes natives, variable selon les pays de naissance des femmes et notamment lié à d'autres facteurs comme le jeune âge, le manque de maîtrise de la langue du pays d'accueil, un niveau d'éducation bas, une grossesse non planifiée et le fait de ne pas avoir de couverture sociale (11).

Les barrières à l'accès primaire aux soins et des soins sous-optimaux figurent parmi les raisons avancées pour expliquer cette morbidité et cette mortalité accrues par rapport à la population native.

## C. BARRIÈRE DE LA LANGUE ET ACCÈS AUX SOINS

Parmi les freins à l'accès aux soins, outre la situation socio-démographique, les difficultés de communication liées à la langue pourraient représenter un élément important (12). Une étude de 2017 a montré que les patients qui ne parlaient pas la langue locale étaient désavantagés en terme d'accès aux soins (13).

Des problèmes d'accès peuvent surgir à tous les stades du processus de maintien ou d'amélioration de la santé. Par exemple, les patients aux prises avec des barrières linguistiques sont moins susceptibles d'avoir un fournisseur de soins médicaux habituel. Les barrières linguistiques sont associées à une sous-utilisation des ressources en matière de promotion de la santé et d'éducation à la santé (14) ainsi qu'à une participation plus faible aux soins préventifs.

Une autre étude de 2006 a montré que les nouveau-nés de parents dont la langue maternelle n'était pas l'anglais étaient deux fois moins susceptibles de recevoir toutes les visites recommandées dans le cadre des soins préventifs, comparativement aux nouveau-nés dont les parents avaient l'anglais comme langue maternelle (15).

#### D. BARRIÈRE DE LA LANGUE ET IMPACT SUR LA DÉLIVRANCE DES SOINS

La barrière de la langue en santé mène à des problèmes de communication dans la relation soignant-soigné, en réduisant la qualité du soin délivré et la sécurité du patient (16). Lorsqu'une barrière linguistique est présente, des écarts systématiques et significatifs dans la compréhension et l'observance des patients sont relevés (17).

Une forte proportion d'intervenants voit dans les différences de langue un obstacle à la qualité. Les difficultés liées à la prise en charge des patients aux compétences limitées en anglais ont accentué chez les intervenants la crainte de commettre une faute professionnelle (18). Sans interprétation, la communication est réduite à un minimum et est insuffisante pour informer de façon adéquate le patient à propos de ses traitements et répondre à ses attentes et besoins (19).

La barrière linguistique peut altérer la satisfaction de chacun. Dans une enquête de 2017 à partir d'un corpus authentique, le ressenti de femmes immigrées non-francophones est abordé dans des situations de soins de la santé. Celles-ci se sentent frustrées de ne pas se faire comprendre, impuissantes, démunies (20). D'autre part, le point de vue des médecins a été abordé dans une thèse de médecine de 2017, qui, face à cette situation, se sentaient isolés, car limités dans leur rapport aux confrères et aux interlocuteurs sociaux. La réponse au patient était ressentie comme inutile et de mauvaise qualité, leur donnant une image de « mauvais médecin » (21).

### 3. INTERPRÉTARIAT EN SANTÉ

#### A. DÉFINITIONS GÉNÉRALES

L'interprétariat professionnel est la réponse la plus largement préconisée pour permettre la communication entre les patients migrants allophones et les soignants les prenant en charge. La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, dans son article 90, introduisant un nouvel article L1110-13 dans le Code de la santé publique définit la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique comme visant à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité. C'est un outil adapté à leurs spécificités qui vise à faciliter leur accès dans le système de droit commun.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. Il donne aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information (article R.4127-35 du code de la santé publique), du consentement libre et éclairé du patient (article R.4127-36 du CSP) et du secret médical (article R.4127-4 du CSP).

#### B. SOLUTIONS LOCALES

Au sein du CHU de Nantes, tous les professionnels peuvent avoir accès à l'interprétariat. Le premier est l'ASAMLA, l'Association Santé Migrants Loire Atlantique, qui propose de l'interprétariat physique et qui nécessite une programmation lors de la prise de RDV. Les 20 interprètes professionnels salariés de l'ASAMLA permettent la traduction linguistique en 17 langues. Ils apportent également un éclairage culturel en replaçant un symptôme, un comportement dans son contexte culturel en l'expliquant au professionnel.

Le second est ISM Interprétariat, Inter Service Migrants, qui propose de l'interprétariat par téléphone, disponible en quelques minutes, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec plus de 185 langues disponibles. L'équipe est composée de plus de 500 interprètes, qui couvrent les langues les plus connues comme les plus rares, ainsi que les dialectes locaux (kabyle, dioula). Ils sont tenus au secret professionnel. Le téléphone garantit une neutralité de l'échange : des sujets tabous et sensibles peuvent être plus facilement abordés.

#### 4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif de ce travail était de mettre en évidence les situations qui posent le plus de difficultés aux professionnels de santé dans la prise en charge obstétricale de patientes non francophones. L'objectif était de relever les besoins des professionnels, de repérer les outils préférentiellement utilisés et pourquoi, les avantages et inconvénients de chaque moyen identifié, et lesquels favoriser en fonction des différentes situations et différents services.

Nous nous sommes demandés si les professionnels de santé de la maternité du CHU de Nantes étaient en mesure de prendre en charge de façon optimale ces patientes étrangères. Quels outils utilisaient-ils pour dépasser la barrière de la langue ? Étaient-ils facilement accessibles ?

Nous avons développé 2 hypothèses :

- La barrière de la langue met régulièrement en difficulté les professionnels de santé dans leur pratique courante.
- Ils méconnaissent les outils de traduction mis à disposition au CHU de Nantes, les jugent difficilement accessibles, peu compatibles avec leur pratique.

## II. MÉTHODES

### 1. DESIGN D'ÉTUDE

Pour répondre à nos objectifs et confronter nos hypothèses, nous avons décidé de mener une étude observationnelle descriptive quantitative monocentrique, d'analyse des pratiques des professionnels de santé de la maternité du CHU de Nantes, dans leur prise en charge de patientes allophones.

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme composé de 17 questions, ouvertes et fermées (**Annexe I**). Il était divisé en 4 parties :

- Les généralités concernant notre population d'étude (sexe, âge, ancienneté, profession...)
- L'identification des situations à problème
- Les outils connus et utilisés, ainsi que leurs limites
- Les outils les plus adaptés en fonction des situations

Le recueil de données s'est déroulé du 1<sup>er</sup> juillet au 23 septembre 2021.

### 2. POPULATION

La population cible était le personnel soignant de la maternité du CHU de Nantes. Pour cibler ceux-ci, nous avons décidé de remonter le parcours obstétrical de ces patientes allophones. Nous avons donc inclus le service de consultations de grossesse, le Cemafoer<sup>1</sup>, le service de Suivi Intensif de Grossesse, l'Unité Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale, le service de Diagnostic Anté-Natal, et d'échographies, le service de Grossesses à Haut Risque, la Salle De Naissance, les Suites de Couches, l'Unité Kangourou. Pour ensuite cibler les différents professionnels exerçant dans toutes ces unités, nous avons choisi d'inclure les sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, médecins, internes en médecine, infirmières, puéricultrices, assistantes sociales, psychologues, cadres de santé, étudiants en santé et agents de service hospitalier.

Une sage-femme responsable d'unité de la maternité a été sollicitée pour envoyer le questionnaire informatique via un lien Google Forms sur l'adresse mail

---

<sup>1</sup> Centre de dépistage des pathologies Maternelles et Fœtales et Evaluations des risques

professionnelle des sages-femmes. Les gynécologues-obstétriciens travaillant à la maternité ont également été contactés par leur adresse mail professionnelle. L'email contenait une introduction informant la sage-femme de l'étude et de ses objectifs, de la durée nécessaire pour compléter celui-ci, le caractère anonyme des réponses et la destination de celui-ci. Une relance fut nécessaire 2 semaines plus tard, car le taux de participation n'était pas suffisant.

Le recueil des données s'est également effectué via la diffusion de questionnaires sous forme papier dans les différents services énoncés plus tôt de la maternité du CHU. Un passage régulier toutes les 1 à 2 semaines dans les services fut nécessaire pour relancer les équipes à participer en expliquant les objectifs de l'étude.

Le critère d'exclusion était le suivant : questionnaire mal rempli.

### 3. ANALYSES STATISTIQUES

Une fois le recueil terminé, une saisie manuelle des questionnaires manuscrits a été réalisée sur le Google Forms. Les réponses recueillies ont pu ensuite être facilement extraites sous forme de fichier Google Sheets, converti ensuite en fichier Microsoft Excel pour le traitement des données.

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages. Afin de les comparer, nous avons utilisé le logiciel en ligne BiostaTGV pour les analyses statistiques. Le test du  $\chi^2$  d'indépendance (si les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5) ou le Test de Fisher (si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5). Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

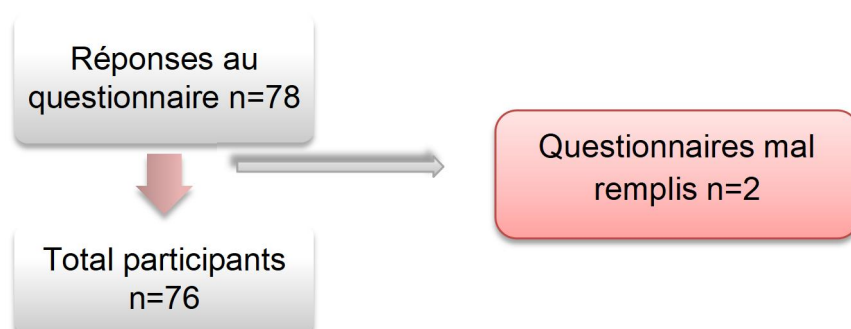
### III. RÉSULTATS

#### 1. POPULATION

L'étude s'est déroulée sur douze semaines au total. Nous avons obtenu 78 réponses au questionnaire. Le taux de participation des sages-femmes est de 47%, et celui des gynécologues-obstétriciens est de 24%. Le taux de participation général est faible au vu de l'ensemble des professionnels de santé visés<sup>2</sup>.

Compte tenu des critères d'exclusion, notre population finale s'élevait à 76 personnes (**Figure 1**).

**Figure 1 : Diagramme de flux**



#### 2. DONNÉES DESCRIPTIVES

La très grande majorité de la population étudiée était féminine 96% (n=73). La majorité de la population interrogée était sage-femme 62% (n=47) (**Tableau 1**).

<sup>2</sup> Sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignant(e)s, médecins, internes en médecine, infirmier(ère)s, puéricultrices, assistant(e)s social(e)s, psychologues, cadres de santé, étudiant(e)s en santé et agents de services hospitaliers

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre de cas n (%)</b>	
<b>Sexe</b>	<b>n=76 (100%)</b>	
Femme	73	96,05
Homme	3	3,95
<b>Age</b>	<b>n=76 (100%)</b>	
Entre 18 et 30 ans	22	28,95
Entre 31 et 40 ans	27	35,52
Entre 41 et 50 ans	19	25,00
Entre 51 et 60 ans	7	9,21
60 ans et plus	1	1,32
<b>Profession</b>	<b>n=76 (100%)</b>	
Sage-femme	47	61,84
Auxiliaire de puériculture	8	10,53
Aide-soignante	7	9,21
Médecin	5	6,58
Etudiants en santé	5	6,58
Autres*	4	5,26
<b>Années d'expérience</b>	<b>n=76 (100%)</b>	
Moins de 5 ans	21	27,63
5 à 10 ans	8	10,53
10 à 20 ans	28	36,84
20 à 30 ans	13	17,11
Plus de 30 ans	6	7,89

\* 1 infirmière, 2 puéricultrices et 1 ASH

Les services d'exercice des soignants interrogés étaient majoritairement la salle de naissances (61%, n=46), les suites de couches (61%, n=46), les urgences gynéco-obstétricales (42%, n=32) ainsi que le service de grossesses à haut risque (26%, n=20) (**Tableau 2**).

**Tableau 2 : Services d'exercice <sup>3</sup>**

Services d'exercice	Nombre de cas n(%)	
<b>SDN</b>	46	60,53%
<b>SDC</b>	46	60,53%
<b>UGO</b>	32	42,11%
<b>GHR</b>	20	26,32%
<b>UK</b>	9	11,84%
<b>Consultations</b>	8	10,53%
<b>SIG</b>	5	6,58%
<b>UGOMPS</b>	5	6,58%
<b>Echographie</b>	4	5,26%
<b>DAN</b>	2	2,63%

Sur le nombre de professionnels de santé interrogés, 71% se disaient capables de mener un entretien/une consultation en anglais (**Annexe II, Tableau 3**).

67% des moins de 40 ans déclaraient maîtriser l'anglais contre 78% des plus de 40 ans (**Tableau 4**).

Il ne semblait pas exister de lien entre l'âge et la maîtrise de l'anglais (**Tableau 4**).

**Tableau 4 : Confrontation âge et maîtrise de l'anglais**

Age	Maîtrise de l'anglais n (%)			p-valeur*
	Oui	Non	Total	
Moins de 40 ans	33 (67,35)	16 (32,65)	<b>49</b>	<b>0,49</b>
Plus de 40 ans	21 (77,78)	6 (22,22)	<b>27</b>	
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>22</b>	<b>76</b>	

\*test de Khi2 d'indépendance

### 3. CONFRONTATION AVEC LA BARRIÈRE DE LA LANGUE

#### A. FRÉQUENCE

59% (n=45) disaient rencontrer dans leur pratique des patientes non francophones plusieurs fois par semaine (**Tableau 5**).

**Tableau 5 : Fréquence de PEC de patientes non francophones**

Fréquence de PEC	Nombre de cas n(%)	
<b>Plusieurs fois par jour</b>	13	17,11%
<b>Plusieurs fois par semaine</b>	45	59,21%
<b>Une fois par semaine</b>	4	5,26%
<b>Plusieurs fois dans le mois</b>	13	17,11%
<b>Rarement</b>	1	1,32%

<sup>3</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question à choix multiples.

76% des répondants qui prenaient en charge des patientes non francophones plus d'une fois par semaine déclaraient maîtriser l'anglais. Il ne semblait pas exister de lien entre la fréquence de prise en charge de patientes non francophones et la maîtrise de l'anglais (**Tableau 6**). L'intégralité des résultats est consultable en **Annexe II, Tableau 7**.

**Tableau 6 : Confrontation fréquence de PEC de patientes allophones et maîtrise de l'anglais**

Fréquence de PEC	Maîtrise de l'anglais n(%)				n TOTAL	p-valeur*
	Oui n(%)		Non n(%)			
Plus d'1 fois par sem	47	75,81%	15	24,19%	<b>62</b>	<b>0,09</b>
Moins d'1 fois par sem	7	50%	7	50%	<b>14</b>	
<b>n TOTAL</b>	<b>54</b>		<b>22</b>		<b>76</b>	

\*test de Fisher

Les soignants interrogés estimaient rencontrer des patientes non francophones plus d'une fois par semaine surtout en salles de naissances et en grossesses à haut risque (**Tableau 8**). L'intégralité des résultats est consultable en **Annexe II, Tableau 9**.

**Tableau 8 : Fréquence de PEC patientes non francophones selon les services <sup>4</sup>**

	Plus d'1 fois par sem		Moins d'1 fois par sem	
	nombre de cas n (%)		nombre de cas n (%)	
<b>SDN</b>	37	48,68%	8	10,53%
<b>SDC</b>	15	19,74%	1	1,32%
<b>GHR</b>	27	35,52%	4	5,26%
<b>UGO</b>	10	13,16%	1	1,32%

## B. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Les 3 principales situations qui mettaient les soignants en difficulté lors de la prise en charge de patientes non francophones étaient l'urgence (25%, n=19), l'accompagnement psychologique (22%, n=17), et l'organisation du retour à domicile de la patiente avec son nouveau-né (12%, n=9) (**Tableau 10**).

Aucun interrogé n'indiquait se trouver en difficulté pour le recueil du consentement du patient lorsqu'il rencontrait la barrière de la langue (**Tableau 10**).

<sup>4</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question à choix multiples.

**Tableau 10 : Principale situation problématique**

Principale situation problématique	Nombre de cas n(%)	
Urgence	19	25,00%
Accompagnement psy	17	22,37%
Organisation RAD	9	11,84%
Annonce diagnostic	7	9,21%
Education santé	7	9,21%
Consultation	6	7,90%
Soins/gestes techniques	5	6,58%
Délivrance conseils	4	5,26%
Autres*	2	2,63%
Recueil consentement	0	0%
Total	76	100%

\* « Au niveau de l'allaitement » et « décalage entre les besoins et leurs réalités personnelles et culturelles »

Grâce à une question ouverte nous avons pu identifier les principaux problèmes que posent la barrière de la langue. 74 réponses ont été recueillies<sup>5</sup>. Les soignants interrogés ont relevé principalement des difficultés d'expression par un manque de vocabulaire avec un discours maladroit (n=34, 45,95%) « Je ne connais pas toujours la traduction des termes médicaux » ainsi qu'une difficulté de compréhension entraînant :

- **Une relation soignant/soigné de moins bonne qualité** (n=22, 29,73%) : « Il est difficile d'établir un lien de confiance si l'on ne peut pas se comprendre. ». Il est difficile de rassurer, montrer de l'empathie. La subtilité des émotions et la dimension humaine sont perdues, la relation est moins spontanée. « Difficulté de trouver les mots, les gestes qui rassurent dans des situations d'urgence stressantes »
- **Une prise en charge médicale sous optimale** (n=18, 24,32%) : Recueil des antécédents difficile, conseils prodigués de moins bonne qualité, soins techniques non expliqués, besoins non entendus. « Un bon examen nécessite un interrogatoire complet pour une prise en charge optimale et non la simple exécution de gestes stéréotypés »
- **Une prise en charge psycho-sociale moins pertinente** (n=9, 12,16%) : un vécu de la patiente mal compris. « Souvent les patientes avec un contexte social difficile et aucune discussion possible alors que nécessaire »

<sup>5</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question ouverte.

- **Un temps supplémentaire** requis dans la pratique du soignant, parfois non disponible (n=9, 12,16%) : « Manque de temps pour se faire comprendre et nécessité d'agir »
- **Une entrave au secret médical** lors du recours à une tierce personne, à l'entourage pour traduire (n=8, 10,81%). « La plupart du temps, nous passons par un traducteur qui fait partie du cercle familial or ce n'est pas son rôle de traduire un diagnostic »
- **Une incertitude sur la compréhension et l'adhésion** de la patiente au discours du soignant (n=5, 6,76%). « Manque d'adhésion des patientes en situation de stress ou de douleur » « je veux m'assurer qu'une fois hors de l'établissement la patiente saura gérer son enfant. »
- **Un suivi des patientes compliqué** notamment dans la prise de rendez-vous (n=3, 4,05%). « Beaucoup de conseils donnés, RDV, difficile de savoir si elles ont tout compris. »

Toutes les situations présentées semblaient poser difficulté aux soignants dans la prise en charge de patientes non francophones puisque les effectifs étaient approximativement similaires. L'accompagnement psychologique semblaient être la situation la plus cochée (n=40, 53%) (**Tableau 11**).

**Tableau 11 : Autres situations problématiques rencontrées par les soignants en raison de la barrière de la langue <sup>6</sup>**

Autres situations	Nombre de cas n(%)	
Accompagnement psy	40	52,63%
Organisation RAD	36	47,37%
Délivrance conseils	32	42,11%
Urgence	32	42,11%
Soins/gestes techniques	29	38,16%
Annonce diagnostic	22	28,95%
Education santé	27	35,53%
Recueil consentement	26	34,21%
Consultation	24	31,58%
Autres*	2	2,63%

\* « la naissance (conseils, coaching) » et « explications diverses »

<sup>6</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question à choix multiples.

#### 4. MOYENS UTILISÉS EN PRATIQUE POUR DÉPASSER LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE

Dans leur pratique courante, les moyens les plus utilisés par les soignants interrogés étaient les mimes et les gestes (72%, n=55), Google Traduction (67%, n=51) et l'entourage du patient (64%, n=49).

On pouvait remarquer que beaucoup de moyens étaient connus mais peu utilisés en pratique.

Concernant l'ISM, 59% (n=45) des soignants connaissaient ce service, et seuls 26% (n=20) indiquaient l'utiliser dans leur pratique. Pour ce qui était du recours à l'ASAMLA, 34% (n=26) déclaraient connaître ce service et uniquement 8% (n=6) l'utilisaient (**Tableau 12**).

On retrouvait une différence importante également entre la connaissance de l'outil et son utilisation dans la pratique pour le recours à un collègue parlant la langue du patient (76% vs 21%) et les outils papier (38 vs 9%) (**Tableau 12**).

Les mimes et gestes semblaient être le plus facilement pratiqués car on observait la différence la plus faible entre outil connu versus utilisé (**Tableau 12**).

**Tableau 12 : Confrontation moyens connus et moyens utilisés<sup>7</sup>**

	Moyens connus		Moyens utilisés	
	Nombre de cas	n(%)	Nombre de cas	n(%)
Entourage patient	70	92,11%	49	64,47%
Google Trad	69	90,79%	51	67,11%
Mime/Gestes	68	89,47%	55	72,37%
Collègue	58	76,32%	16	21,05%
Langue tierce	49	64,47%	37	48,68%
ISM	45	59,21%	20	26,32%
Asamla	26	34,21%	6	7,89%
Outils papier	29	38,16%	7	9,21%
Traducmed	1	1,32%	1	1,32%
Autres*	1	1,32%	2	2,63%

\*« Médipicto », et « informations abrégées »

En détaillant les moyens utilisés selon les services d'exercice, on retrouve en SDN, en SDC et aux UGO, les mêmes moyens plus largement utilisés : Google Traduction, les mimes et gestes ainsi que l'entourage du patient (**Tableau 13**). L'intégralité des résultats est consultable en **Annexe II, Tableau 14**.

<sup>7</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question à choix multiples.

En GHR, ils employaient de préférence l'entourage du patient (24%, n=18), les mimes et gestes (21%, n=16), et une langue tierce maîtrisée par eux et la patiente (17%, n=13).

ISM était le plus utilisé en SDC (**Tableau 13**).

**Tableau 13 : Moyens utilisés selon service d'exercice<sup>8</sup>**

	SDN		SDC		GHR		UGO	
	nombre de cas	n (%)	nombre de cas	n (%)	nombre de cas	n (%)	nombre de cas	n (%)
<b>Mimes, gestes</b>	34	44,74%	39	51,32%	16	21,05%	20	26,32%
<b>Google Trad</b>	36	47,37%	36	47,37%	12	15,79%	22	28,95%
<b>Entourage</b>	33	43,42%	29	38,16%	18	23,68%	26	34,21%
<b>Langue tierce</b>	27	35,53%	23	31,51%	13	17,11%	19	25,00%
<b>ISM</b>	11	14,47%	12	15,79%	7	9,21%	10	13,16%
<b>Collègue</b>	11	14,47%	11	14,47%	6	7,89%	6	7,89%
<b>ASAMLA</b>	3	3,95%	1	1,32%	2	2,63%	4	5,26%
<b>Outils papier</b>	3	3,95%	4	5,26%	1	1,32%	5	6,58%
<b>Traducmed</b>	1	1,32%	0	0%	0	0%	1	1,32%

Grâce à une autre question ouverte, dont nous avons obtenu 76 réponses, nous avons pu déterminer les caractéristiques essentielles que doivent avoir les outils selon les répondants<sup>9</sup> :

- **Recours et utilisation facile, simple** (n= 29, 38%) « Le plus simple »  
« Facile d'accès »
- **Rapidité, gain de temps, le moins chronophage** (n=25, 33%) « Moins de perte de temps »
- **Efficacité et outil complet** (n=8, 10,5%) « Les plus complets pour traduire »
- **Fiabilité dans la traduction** (n=7, 9%) « Le plus sûr pour se faire comprendre, permet une compréhension au plus juste »
- **Disponibilité 24h/24 7j/7** (n=3, 4%) « C'est ce qui est toujours disponible au moment m ».
- **Pas de problème de confidentialité** (n=2, 3%) « [...] tout en préservant le secret médical »
- **Automatisme dans la pratique** (n=2, 3%) « Par habitude »

<sup>8</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question à choix multiples.

<sup>9</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question ouverte.

6 soignants ont indiqué utiliser en premier recours soit les mimes, soit une langue maîtrisée par le soignant et la patiente (souvent l'anglais), soit une collègue parlant la langue de la patiente soit l'entourage de la patiente. 4 indiquaient utiliser Google Traduction en dernier recours, pour des phrases brèves.

1 soignant déclarait recourir dans le contexte de l'urgence à l'entourage du patient et utilisait l'anglais. Et lors d'un entretien plus posé ou organisé, le recours à un traducteur (ASAMLA ou ISM) est optimal.

Ce qui posait principalement problème aux soignants dans les outils qu'ils utilisent étaient la déformation de l'information (39%, n=30) ainsi que leur caractère chronophage (36%, n=27) (**Tableau 15**).

On a pu remarquer que pour aucun répondant, l'impact économique de l'utilisation de l'outil sur l'établissement de santé ne le préoccupait.

**Tableau 15 : Principales limites des moyens utilisés**

Principales limites	Nombre de cas n(%)	
Information déformée	30	39,47%
Chronophage	27	35,53%
Non-respect secret médical	15	19,74%
Autres*	4	5,26%
Impact économique	0	0%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

\* « J'utilise mon téléphone personnel, risque de chute, de contamination, ça me pose problème. »  
 « Respect du secret médical ? Chronophage, doute sur l'information donnée »  
 « Pas toujours sûre que l'info ait été comprise, aucun moyen de vérifier ce qui a été compris. »  
 « Pas de discussion en direct avec la patiente. Non spontané. »

## 5. IMPACT DE LA BARRIÈRE DE LA LANGUE EN FONCTION DES SERVICES

Nous avons demandé aux soignants de noter sur 10 l'impact de la barrière de la langue dans chaque service (0 = non impacté ; 10 = tout à fait impacté). Nous avons regroupé les notes en 3 classes :

- Notes entre 0 et 3 : service faiblement impacté
- Notes entre 4 et 7 : service moyennement impacté
- Notes en 8 et 10 : service fortement impacté

Les services les plus impactés par la barrière de la langue étaient alors les suites de couches (n=44), les urgences gynéco-obstétricales (n=40), et la salle de naissances (n=37). L'intégralité des résultats est consultable à l'**Annexe II, Tableau 17 et Figure 2**.

Il était possible de cocher la réponse NC (non concerné) pour chaque service cité. En rapportant alors l'effectif des répondants donnant une note entre 8 et 10 sur l'effectif des répondants se sentant concernés, les services les plus impactés étaient le DAN et les échographies, les SDC, les UGO et le SIG.

**Tableau 16 : Impact de la barrière de la langue en fonction des services**

	SDN	SDC	UK	GHR	UGO	Cs	SIG	UGO MPS	DAN Echo
<b>Entre 0 et 3</b>	3	2	2	2	1	3	2	5	3
<b>Entre 4 et 7</b>	17	13	12	15	13	10	7	6	3
<b>Entre 8 et 10</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>21</b>
<b>Total de concernés</b>	57	59	45	42	54	33	31	29	27
<b>% de concernés ayant donné note entre 8 et 10</b>	64,9	74,6	68,9	59,5	74,1	60,6	71,0	62,1	77,8

## 6. MOYENS ADAPTÉS DANS LEUR PRATIQUE COURANTE

Selon les soignants, les services d'interprétiariats que sont **l'ISM et l'Asamla** seraient les plus appropriés lors des consultations, à l'annonce d'un diagnostic, ou pendant l'accompagnement psychologique. **L'ISM** semblait pertinent également lors de la délivrance de conseils, et l'organisation du retour à domicile (**Figure 3**).

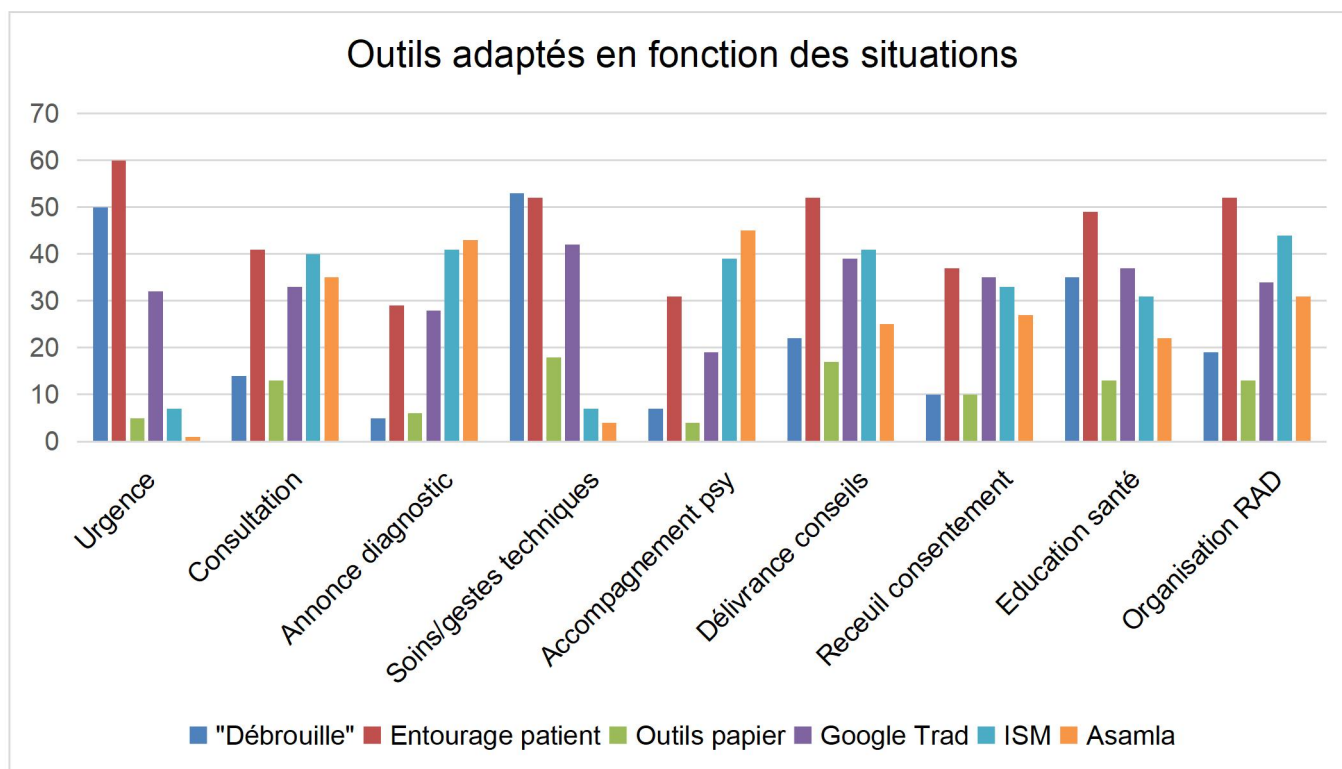
**L'entourage du patient** semblait prendre une place significative dans toutes les situations évoquées exceptées l'annonce d'un diagnostic et l'accompagnement psychologique de la patiente (**Figure 3**).

**Google Traduction** prend également sa place dans toutes les situations, excepté l'accompagnement psychologique (**Figure 3**).

Les **outils papiers** semblaient ne jamais être les plus adaptés dans n'importe quelle situation relevée, mais leur utilisation serait la plus pertinente dans la délivrance de conseils et la réalisation de soins et gestes techniques (**Figure 3**).

Dans l'urgence et les soins techniques, la « débrouille » et l'entourage du patient semblaient être les plus indiqués (Figure 3). L'intégralité des résultats est consultable en Annexe III.

Figure 3 : Outils adaptés en fonction des situations



Pour finir, une dernière question ouverte a été posée pour demander aux soignants les idées d'amélioration qu'ils envisageaient. Le nombre de réponses obtenues était de 55. Plusieurs principaux thèmes de réponses en sont ressortis <sup>10</sup> :

- **Une amélioration des outils papier** (n=21, 38%) :
  - ➔ Pour le personnel : pour chaque soignant, fournir un lexique comme celui du lexique de la maïeutique de l'ANESF (l'enrichir d'autres langues), utiliser des pictogrammes (Medipicto). Laisser dans le dossier de la patiente non francophone un n° joignable
  - ➔ Pour les patientes : distribuer un lexique traduit en plusieurs langues, spécialisé en fonction des services (notamment en SDC avec des conseils de sortie, conseils sur les gestes et soins de puériculture, l'alimentation, la sécurité notamment). Anticiper en consultations de suivi pour les patientes non francophones des solutions (lexiques, le n° des interprètes, des

<sup>10</sup> Les effectifs totaux étaient différents de n=76 et 100% car il s'agissait d'une question ouverte.

images) pour qu'elles puissent communiquer lors de leur arrivée aux UGO, SDN et SDC

- **Des traducteurs/interprètes plus disponibles**, plus accessibles, présents physiquement et mieux anticiper leur présence (n=21, 38%)
- **Déployer l'utilisation d'ISM** : communiquer sur l'emploi de cet outil, en faciliter son accès (n=16, 29%)
- **Des demandes de formations en langues étrangères** pour les équipes soignantes (en présentiel ou en distanciel via plateforme en ligne) (n =12, 22%)
- **Des moyens multimédia** (tablettes) **disponibles** pour utiliser des logiciels/applications de traduction avec commandes écrite et vocale et phrases types (n=6, 11%)
- **Une ou plusieurs personnes référentes** dans les services en matière de barrière de la langue (n=3, 5%)
- **Organiser des réponses adaptées** en fonction des situations, hiérarchiser les priorités : « *Une anticipation du problème avec une réponse adaptée déjà organisée* » (n=3, 5%)
- **Organiser des sessions d'informations groupées** pour les patientes parlant la même langue en pré-natal et en SDC (n=1, 2%).

## IV. DISCUSSION

### 1. RÉSULTATS CLÉS

Notre population était surtout féminine, concernait principalement des sages-femmes et exerçait majoritairement dans les services de suites de couches, de salles de naissances, aux urgences gynéco-obstétricales et en grossesses à haut risque.

Dans les services d'obstétrique, les soignants semblaient rencontrer des patientes non francophones plusieurs fois par semaine.

Un tiers des interrogés révélait ne pas maîtriser l'anglais dans la conduite d'un entretien ou d'une consultation. Ils étaient d'ailleurs beaucoup à évoquer un besoin de formation dans les langues étrangères.

Nous avons pu mettre en évidence que les 3 principales situations qui mettent les soignants en difficulté lors de la prise en charge de patientes non francophones étaient l'urgence, l'accompagnement psychologique, et l'organisation du retour à domicile de la patiente avec son nouveau-né.

Les principaux problèmes qu'entraînaient la barrière de la langue selon nos interrogés étaient une relation soignant/soigné altérée, ainsi qu'une prise en charge médico-psycho-sociale dégradée, un temps supplémentaire requis, et une entrave au secret médical lors du recours à l'entourage pour traduire la communication.

Cependant, l'aide des proches du patient pour traduire semblait prendre une place significative dans toutes les situations évoquées, exceptés l'annonce diagnostique et l'accompagnement psychologique de la patiente.

Les moyens recourus le plus souvent en pratique pour dépasser la barrière de la langue étaient l'entourage du patient, l'application Google Traduction ainsi que les mimes et les gestes. On pouvait remarquer que beaucoup de moyens étaient bien connus mais peu utilisés en pratique comme les outils papier et le recours à un collègue parlant la même langue que le patient. Concernant l'ISM, malgré 59% des soignants connaissant ce service, seuls 26% indiquaient l'utiliser dans leur pratique. Pour ce qui était du recours à l'ASAMLA, seulement un tiers déclarait connaître ce service d'interprétariat et uniquement 8% des soignants y avaient recours.

Il semblait pour eux essentiel de promouvoir les deux services d'interprétariat. En effet, ces outils paraissaient être pertinents à utiliser en première intention en consultations, au moment de l'annonce de diagnostic, et dans l'accompagnement psychologique du patient, pour dépasser la barrière de la langue. L'ISM était également adapté selon les répondants lors de la délivrance de conseils et l'organisation du retour à domicile.

Des critères essentiels à la qualité des outils proposés selon les soignants ont été mis en évidence : une utilisation simple, d'accès facile, disponible, efficace, sans problème de confidentialité, le moins chronophage possible et avec une information délivrée la plus fidèle possible.

## 2. INTERPRÉTATION

### A. ENJEU : VAINCRE LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE EN SITUATION DE SOINS

#### *a. Une confrontation de plus en plus régulière*

Notre étude a permis de montrer qu'au CHU de Nantes, les soignants de la maternité rencontraient des patientes étrangères non francophones plusieurs fois par semaine.

A l'échelle de la région selon l'INSEE, entre 2006 et 2011, le nombre d'immigrés dans les Pays de la Loire augmente de 4,5 % en moyenne chaque année, plaçant la région au 3e rang en termes d'évolution de la population immigrée. Les Pays de la Loire font parties des régions accueillant la part la plus élevée d'immigrés arrivés récemment en France : deux immigrés sur dix de la région (18 %) sont arrivés depuis moins de cinq ans.

Il aurait semblé pertinent de recueillir le taux de patientes étrangères consultant à la maternité du CHU de Nantes mais il est difficile de recueillir des statistiques ethniques. En effet celles-ci sont fortement contrôlées en France. Il existe une interdiction de principe, inscrite dans la loi « Informatique et libertés » de janvier 1978, « il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques [...]».

## ***b. Conséquences de la barrière de la langue***

La revue de la littérature montre que la barrière linguistique dans les soins entraîne des difficultés de communication entre la profession médicale et le patient en réduisant des deux côtés la satisfaction et la qualité des soins délivrés, ainsi que la sécurité du patient (18).

Du côté du patient, elle entraîne un non-recours ou un recours tardif aux soins, un manque d'informations sur la promotion de la santé ou sur la prévention des maladies. Le patient se voit dans l'impossibilité de fournir une information utile ou compréhensible pour sa prise en charge, une détresse psychologique peut apparaître, ainsi qu'un manque de confiance et une insatisfaction. La barrière de la langue peut entraîner un mauvais usage des traitements et des erreurs de médication (20).

Du côté du personnel médical, il est difficile de comprendre de quoi se plaint le patient, difficile d'avoir accès aux antécédents médicaux du patient et le soignant peut être dans l'incapacité d'établir un diagnostic. L'obstacle de la langue amène à une multiplication des examens et des tests supplémentaires afin d'identifier le problème (20).

En interrogeant notre population, les principaux obstacles qu'entraînaient la barrière linguistique étaient une relation soignant/soigné altérée, une prise en charge médico-psycho-sociale dégradée, un temps supplémentaire requis dans la prise en charge du patient, une entrave au secret médical lors du recours à l'entourage de la patiente pour traduire la communication, et une incertitude sur la compréhension et l'adhésion de la patiente au discours du soignant.

En 2011-2012, une recherche-action financée par l'Inca<sup>11</sup> au centre hospitalier de Saint Denis a été menée pour mieux appréhender les difficultés liées à la barrière linguistique, repérer les savoir-faire mis en œuvre par les soignants et émettre des propositions. Ces objectifs se rapprochent de notre étude. La recherche qualitative a fait apparaître que les soignants jugent les soins souvent comme incomplets, insatisfaisants du fait du manque de retour par les malades, de l'incertitude de la compréhension et de la compliance au traitement. Ils pressentent ensuite

---

<sup>11</sup> Institut national du cancer

l'importance d'une approche globale médico-psycho-sociale et ne se sentent pas en mesure de la réaliser (22).

Le recueil du consentement peut également poser problème en présence d'une barrière linguistique. Chez nos interrogés, cela ne semblait pas les inquiéter. Le professionnel part peut-être du postulat que la personne adhère d'emblée à sa proposition. Cependant il doit toujours être recherché, conformément à l'article 36 (article R.4127-36) du code de la Santé Publique.

Il est donc primordial de trouver des solutions pour lever la barrière linguistique.

## B. DES MOYENS DE COMMUNICATION MIS EN ŒUVRE POUR LA DÉPASSER

### *a. Le recours à l'anglais*

En premier recours, l'utilisation d'une langue tierce maîtrisée par le patient et le soignant, l'anglais le plus souvent, semble être le plus accessible. En s'intéressant dans notre étude à la maîtrise de l'anglais, on a pu remarquer qu'un tiers de notre population disait ne pas parler l'anglais. La langue anglaise est la langue de référence, surtout lorsqu'aujourd'hui on estime à 2,5 milliards le nombre d'anglophones. Être bilingue semble indispensable pour dépasser la barrière de la langue. Dans le domaine des soins de santé, en 2020 le niveau de maîtrise de l'anglais a été estimé très faible, avec une tendance à la baisse. En ce qui concerne la France, celle-ci se place au 31<sup>e</sup> rang mondial (23). Plutôt conscients de cette maîtrise lacunaire, nos interrogés réclamaient des cours de formation aux langues pour 22% d'entre eux.

D'autre part dans notre étude, l'âge ne semblait pas être lié à la maîtrise de l'anglais. Une population jeune parlant l'anglais aurait pu laisser penser que la nouvelle génération était mieux formée aux langues étrangères. Ou au contraire, si on avait retrouvé une meilleure maîtrise de l'anglais pour les soignants plus âgés, on aurait pu estimer que l'expérience et l'ancienneté entraînaient des compétences en langues, notamment l'acquisition d'un vocabulaire spécialisé dans sa pratique.

Il ne semblait également ne pas y avoir de corrélation entre la fréquence de prise en charge et la maîtrise de l'anglais. Notre hypothèse était que la répétition de prise en charge de ces patientes ne parlant pas français améliorerait la maîtrise de l'anglais. Or

ce n'est pas le cas, peut-être notamment à cause d'un manque de temps consacré à leur accompagnement.

Même si l'anglais permet de dépasser la barrière de la langue dans une grande majorité des situations, bien des patientes issues de l'immigration ne disposent souvent pas des connaissances linguistiques nécessaires. Le rapport d'activités de 2019 de l'ASAMLA montraient que les langues les plus sollicitées par leurs services étaient l'arabe, le roumain, et le russe (24), des langues non parlées par les soignants interrogés. La fluctuation des flux migratoires entraîne de manière évidente des variations dans les besoins en langue. L'adaptation peut prendre du temps, il est parfois difficile d'être réactif.

Pour assurer une communication efficace, il leur faut donc recourir à divers outils.

### ***b. L'interprétariat***

La littérature s'accorde à dire que l'interprétariat représente le gold standard au niveau de la traduction médicale. Beaucoup d'études montrent que l'utilisation d'un interprète améliore la compréhension par le patient de sa maladie (25) et facilite l'éducation à la santé (26). Ils permettent aux patients de s'exprimer dans leur langue préférée et garantissent aux médecins une transmission plus précise des informations médicales (27) (28).

Concernant l'ISM, 59% des soignants connaissaient ce service, mais seulement 26% indiquaient l'utiliser dans leur pratique. Pour ce qui était du recours à l'ASAMLA, un tiers connaissait ce service et uniquement 8% des soignants l'utilisaient. Par manque d'organisation et de soutien financier, la possibilité de recourir à un interprète formé demeure peu connue en France et peu accessible aux professionnels du secteur médico-social. La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2017 un référentiel qui précise les compétences et les formations requises, en vue de mettre en œuvre des pratiques pertinentes (29). La HAS fait du recours à l'interprétariat professionnel la pratique de référence.

Dans notre étude, ils étaient nombreux à souligner le besoin d'avoir des interprètes plus disponibles et accessibles. Ils demandaient également plus d'informations sur l'accès et l'utilisation d'ISM. Il semble donc important au sein du CHU de Nantes de

promouvoir l'utilisation des services d'interprétariat et de communiquer auprès des soignants des bénéficiaires à l'utilisation de ceux-ci lorsque la situation y est propice.

Les soignants s'accordaient sur le fait que l'interprétariat professionnel était le plus adapté dans l'accompagnement psychologique. La vulnérabilité psychique particulière des mères migrantes suppose une prise en charge psycho-sociale nécessaire (30). En effet, on comptabilise chez les migrants davantage de troubles psychologiques (plus de syndrome de stress post-traumatique, de dépression, et d'anxiété) (31) (32) car ils ont souvent été confrontés à des violences. Le cas des femmes est encore plus préoccupant en ce qui concerne les violences liées au genre. Le viol est utilisé comme arme de destructions des individus et entraîne fréquemment nombre de pathologies physiques et psychiques graves (33). Par ailleurs, la grossesse peut faire ressurgir des traumatismes, car elle peut faire vivre des états psychiques inédits (34). La dépression du post-partum touche plus durement les femmes en situation de migration. Son dépistage et sa prise en charge doivent être réalisés précocement car elle a des conséquences sur le lien mère-enfant et la construction de l'enfant en devenir (35).

Cependant, la présence d'interprètes physiques présente des inconvénients liés aux disponibilités et contraintes temporelles. Les services d'interprétariat contribuent indirectement à augmenter le coût et le temps de séjour du patient (18). En effet, les tarifs publiés dans le rapport de l'IGAS de 2019 sont de 42 € de l'heure pour l'ASAMLA. En ce qui concerne l'ISM, les tarifs sont de 20 € par quart d'heure, plus 6,50 € toutes les cinq minutes (36). Aucun des répondants de notre étude n'indiquait se préoccuper de l'impact économique de l'utilisation de l'outil sur l'établissement de santé. Il semble donc important de préciser les situations adéquates à l'utilisation de ces services, ce que nous avons essayé de définir ensuite.

Mais il est clair que les services d'accès linguistique peuvent produire des économies sur le plan des coûts tant pour le système de santé que la société dans son ensemble (12).

### ***c. Autres solutions de communication***

L'HAS reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible.

Elle a identifié trois types de moyens de communication :

- Le recours à un tiers non formé à l'interprétariat et maîtrisant, à des niveaux variés, les deux langues impliquées dans la communication : le personnel de l'hôpital, l'entourage du patient voire d'autres usagers ;
- Le recours à une langue tierce, parlée par le professionnel et par le patient ;
- L'utilisation d'outils : des pictogrammes (Medipicto), des sites de traduction en ligne et applications pour smartphones spécialisés ou non dans le domaine médical (Traducmed, Google Traduction par exemple), des lexiques traduits en différentes langues (29).

Premièrement, le recours à du personnel bilingue à l'emploi des établissements de santé peut être utilisé pour surmonter la barrière de la langue. Même si peu l'utilisait en pratique (20%), il est ressorti chez nos interrogés la nécessité de désigner une ou plusieurs personnes référentes bilingues dans les services. Là, le secret médical est partagé. Cependant, un problème connexe à cela réside dans l'inefficacité qu'entraîne le fait de retirer le personnel de ses fonctions régulières (37). De plus, le personnel peut être réticent à accepter cette fonction d'autant qu'il n'a aucune reconnaissance institutionnelle (22). Par ailleurs, une méconnaissance de ce dispositif interne de l'établissement de soin, le manque de disponibilité et de mise à jour de la liste d'interprètes parmi le personnel hospitalier, sont des freins à son utilisation.

Le recours à un membre de la famille ou de la communauté est le plus utilisé (21). Mais cet interprète informel, et tout particulièrement les enfants, risque de méconnaître le droit du patient au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. En outre, la famille peut être, elle aussi, atteinte émotionnellement par l'annonce. Elle connaît les mêmes mécanismes de défense, en particulier le déni, et ne peut alors traduire ce qu'elle n'entend pas (22). Presqu'un quart de notre population a relevé que le non-respect du secret médical les inquiétait lors d'utilisation de solutions pour dépasser cette barrière. En outre, ce recours constitue une charge lourde pour les aidants (29). Un professionnel de santé de

notre étude citait : « La plupart du temps, nous passons par un traducteur qui fait partie du cercle familial or ce n'est pas son rôle de traduire un diagnostic ».

Pour être régulièrement utilisés en pratique, ces moyens doivent correspondre à des critères d'acceptabilité selon les soignants, qui selon notre population seraient : une utilisation simple, rapide, disponible et accessible facilement, sans problème de confidentialité et avec une information délivrée la plus fidèle possible à la traduction.

### C. OPTIMISER L'UTILISATION DES DIFFÉRENTS MOYENS

#### *a. Adapter les solutions en fonction des différentes situations de soins*

Il apparaît comme souhaitable de développer des aides à la traduction adaptées aux différents types de situations, consultations en urgences ou programmées. Peu d'études proposent des schémas type d'outils à utiliser dans telle ou telle situation. Une étude suisse de 2002 soumet :

- **Pour les consultations en urgence** quand un interprète ou un proche du patient n'est pas disponible immédiatement : utiliser des outils papiers médicaux avec des traductions dans les langues principales des patients migrants, en phonétique et explicitées par des dessins ou un accès à un service de traduction par téléphone.
- **Pour les consultations de contrôle et les consultations agendées** : les mêmes mesures que ci-dessus pour les cas où une communication relativement simple est suffisante ; ou des interprètes qualifiés pour les cas où il faut délivrer et recueillir des informations complexes ou si la prise en compte avec une attention particulière des différences culturelles semble indiquée (38).

Les soignants de notre étude étaient du même avis : les services d'interprétariat seraient les plus appropriés lors des situations qui peuvent s'anticiper (consultations, annonce diagnostic, accompagnement psychologique) et lorsqu'il y a une nécessité d'éducation thérapeutique, de délivrance de conseils.

Dans un contexte d'urgence, ce sont les moyens les plus rapidement accessibles qui semblaient être les plus indiqués, notamment « la débrouille » c'est-à-dire l'utilisation de mimes et de gestes, ainsi que l'entourage du patient. Les applications de

traduction comme Google Traduction étaient recommandées dans toutes les situations sauf l'accompagnement psychologique. De façon évidente, il semble difficile de montrer de l'empathie et de comprendre une situation délicate au travers d'un smartphone.

Dans notre étude, l'entourage du patient semblait être pertinent pour traduire la communication dans beaucoup de situations de soins exceptés l'annonce diagnostique et l'accompagnement psychologique de la patiente, deux situations où le secret médical pose ses limites. Le manque de confidentialité est alors un obstacle majeur.

Concernant les outils papier, ils n'étaient pas à utiliser en premier recours mais semblaient intéressants dans la délivrance de conseils (brochures explicatives traduites) et la réalisation de soins et gestes techniques (pictogrammes notamment).

Ils étaient beaucoup à relever le caractère chronophage de la prise en charge de ces patientes allophones. La barrière de la langue a un impact sur l'organisation des soins. Améliorer leur prise en charge c'est anticiper et adapter le temps de consultation prévu.

### ***b. Vers une amélioration des outils actuellement en place***

La dernière question ouverte de notre questionnaire permettait de se pencher sur les améliorations envisageables à la maternité du CHU de Nantes.

Plus d'un tiers de notre population, malgré une faible utilisation de ces outils, réclamaient une amélioration des **outils papier**. D'une part pour le personnel, ils demandaient une distribution pour chaque soignant, d'un lexique comme celui du lexique de la maïeutique de l'ANESF<sup>12</sup> (traduction en 8 langues de mots et phrases types à utiliser dans la pratique de la sage-femme). Et d'autre part pour les patientes, la distribution d'un lexique traduit en plusieurs langues, spécialisé en fonction des services (notamment en SDC avec des conseils de sortie, conseils sur les gestes et soins de puériculture, l'alimentation, la sécurité).

---

<sup>12</sup> Association nationale des étudiants sages-femmes

Il serait aussi intéressant d'anticiper en consultations de suivi pour les patientes non francophones des solutions (lexiques, le numéro des interprètes, des images) pour qu'elles puissent communiquer lors de leur arrivée aux UGO, SDN et SDC.

L'analphabétisme de certaines patientes peuvent néanmoins limiter l'utilisation d'outils papier.

Les interrogés réclamaient **des moyens multimédias disponibles** pour utiliser des logiciels/applications de traduction avec commandes écrite et vocale et des phrases types. Nous avons tenté de faire une revue des applications utilisées en pratique, disponibles et gratuites. Premièrement, de nombreuses applications françaises ont été développé :

- **Traducmed** développée en France par la Cimade, permettant d'énoncer oralement dans la langue du patient (43 langues disponibles) des phrases prédéterminées aidant à l'établissement d'un diagnostic, à l'évaluation d'urgences médicales, sociales ou administratives, et l'explication au patient du déroulement de l'examen médical (seule une personne de notre population l'utilisait),
- **Medipicto** créée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui propose des pictogrammes adaptés au patient (adulte/ enfant – masculin/féminin), sous titrés en français et dans la langue sélectionnée (16 choix à ce jour),
- **Maieu'xique**, un projet d'application mobile en cours d'élaboration par l'ANESF qui devrait sortir courant l'année 2022. Elle regroupera une dizaine de langues (allemand, anglais, espagnol, russe, urdu, finnois, néerlandais et japonais) avec plus de sentences disponibles par rapport au lexique papier et les transcriptions orales seront disponibles,
- **BabelDr**, une application contenant 11 000 phrases pré-traduites, disponible en 6 langues et développée en 2020 en collaboration avec la faculté de traduction et d'interprétation (FTI) et de l'université de Genève (39),
- **TraLELHo** (Traduction pour Les Etrangers à L'hôpital) développé au sein du CHU de Rennes en 2017, permettant d'interroger les patients dans 138 langues, à partir de 350 phrases types,
- **Mediglotte**, une application de traduction de vocabulaire médical d'urgence dans 30 langues différentes, avec un vocabulaire (mots ou phrases types) trié par catégories (examen neuro, traumatolo, cardiovasculaire...),

- **Aalia.Tech**, fonctionnant comme un assistant vocal en traduisant dans près de 50 langues en temps réel les conversations entre les professionnels de santé et leurs patients
- Etc...

Plusieurs sociétés américaines ont également développé diverses applications.

Parmi celles-ci :

- **MediBabble**, un véritable guide d'entretien, composé de phrases en 9 langues, qui permet au médecin de recueillir, étape par étape, les troubles perçus par le patient, les antécédents médicaux et le contexte social et familial,
- **Canopy**, qui explique des termes médicaux complexes aux patients allophones en 20 langues et couvre notamment le domaine de la gynécologie-obstétrique
- **Starling Health** utilisant des icônes visuelles
- Etc...

Une étude montre la mise en place d'outils de traduction en ligne tels que Google Traduction ou MediBabble dans les hôpitaux et révèle une amélioration de la satisfaction du patient et du soignant (de 92%), et améliore la qualité du soin délivré ainsi que la sécurité du patient (40).

L'utilisation des outils papier et de la technologie sont des moyens de communiquer verbalement à minima. Ils peuvent être utiles en cas d'urgence, pour des soins par « la débrouille » sans interprètes. Leurs avantages sont leur disponibilité et leur gratuité mais leur inconvénient principal est le manque de communication, par un échange réduit aux questions fermées du soignant, et aux réponses binaires du patient « oui/non » (21). Pour l'HAS, ces moyens de communication sont à considérer avec une grande prudence. Le professionnel peut avoir le sentiment de s'être fait comprendre sans être réellement compris par le patient/usager (29).

Une autre idée a émergé de la part des soignants de notre étude, celle d'organiser des sessions d'informations groupées pour les patientes parlant la même langue en prénatal et en suites de couches. Il existe déjà, au sein de la maternité du CHU de Nantes, des groupes ouverts aux parturientes qui attendent leur premier enfant à naître en France (pas forcément des primipares). Le but est de proposer un berceau psychologique et culturel pour ces femmes souvent isolées, qui ont parfois vécu des

évènements traumatiques. Ce groupe a pour objectif premièrement un étayage de paires, afin que ces femmes rompent l'isolement et partagent leurs expériences entre elles. A un second niveau, c'est proposer un temps d'échange avec des professionnels de la santé sur des thématiques précises anténatales et post-natales. Le métissage est primordial : mélanger le bain culturel qu'amènent ces patientes, questionner leurs habitudes de pratique au sein de leurs ethnies en ce qui concerne l'accouchement, l'allaitement, les soins de puériculture, et leur expliquer ce qui est de coutume ici en France.

Pour faciliter le recours à un interprète informel (entourage de la patiente), il est revenu dans les propositions de laisser dans le dossier de la patiente non francophone un numéro joignable.

### 3. FORCES ET LIMITES

#### A. FORCES :

Notre étude a concerné une situation complexe très peu abordée, et pourtant à laquelle les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés. Les résultats ont pu mettre en évidence les principales situations mettant en difficulté les professionnels ainsi qu'apporter des solutions pour faciliter la prise en charge pratique de ces patientes allophones.

La méthode quantitative permettait d'élargir la taille de l'échantillon en distribuant notre questionnaire à un plus grand nombre de soignants, comparé à une étude qualitative.

Une des forces de notre étude était qu'elle était destinée à tous les professionnels de santé de la maternité du CHU de Nantes, et était diffusée à tous les services par lesquels peuvent passer les patientes au sein de leur parcours obstétrical.

Le taux de réponses des sages-femmes, proche de 50% montre leur intérêt pour le sujet qui est une problématique qu'elles rencontrent régulièrement.

Des questions ouvertes ont permis aux soignants de s'exprimer librement et ainsi d'identifier des idées pertinentes pour l'amélioration de leurs pratiques dans l'objectif de surmonter la barrière linguistique.

## B. LIMITES :

Un premier biais de sélection est retrouvé. Malgré une diffusion large de notre questionnaire dans tous les services, et concernant une grande liste de professionnels de santé, un nombre de participation limité a été retrouvé au sein de certaines catégories professionnelles notamment les AS-AP et les médecins.

Ensuite le questionnaire a été diffusé par mail seulement aux sages-femmes et aux gynécologues-obstétriciens car une liste de leurs mails professionnels était existante et facilement accessible. C'est pourquoi les sages-femmes étaient surreprésentées dans notre étude. Il aurait pu être pertinent de comparer les pratiques des différentes professions médicales. Ici, cela était peu significatif.

Un des objectifs de notre étude était de comparer les besoins en fonction des services de la maternité du CHU de Nantes. Cependant, un nombre important de soignants exerçaient dans les services de salles de naissances, de suites de couches et unité kangourou, d'urgences gynéco-obstétricales et grossesse à haut risque, contrairement aux services de consultations, de suivi intensif de grossesses, d'échographie et diagnostic anténatal, UGOMPS. Ces services regroupant qu'une minorité de soignants, les résultats retrouvés étaient donc peu pertinents. Il était alors compliqué de comparer objectivement ces services.

Le tableau 16 reportant les résultats de notre question 15, était biaisé par les proportions d'effectifs complètement différents entre les services. Il ne nous a pas paru relevant. Nous nous sommes focalisés sur la confrontation des diverses situations de soins plutôt que sur la confrontation des différents services de la maternité. On peut aussi questionner la pertinence de notre case à cocher « Non concerné », car finalement, il aurait pu être intéressant de relever l'avis de chaque interrogé même s'il ne travaille pas dans ces services.

Nous avons également fait le choix de ne pas inclure dans notre étude tous les services de l'hôpital femme-enfant-adolescent. Nous nous sommes concentrés sur le

parcours obstétrical des patientes en excluant les services de médecine néonatale et pédiatrique. Ce choix s'explique par le fait que les problématiques de communication sont différentes dans l'hospitalisation d'un nouveau-né ou d'un enfant. La triade parents-enfants-soignants pose d'autres difficultés, difficilement comparables avec la prise en charge d'une parturiente. Par ailleurs, l'unité Kangourou a été intégrée à notre étude car elle se rapproche du service de suites de couches. Les patientes y sont hospitalisées auprès de leur nouveau-né.

Le centre d'Assistance Médicale à la Procréation n'a pas été inclus dans l'étude car concerne une population sélectionnée, différente de celle accueillie dans les services d'obstétrique classique.

#### 4. AXES D'AMÉLIORATION

Cette étude est une introduction à d'éventuels groupes de travail qui pourraient ensuite être mis en place afin de proposer des solutions adaptées aux services et situations. Une étude qualitative serait intéressante à mener avec des entretiens semi-directifs notamment auprès des personnels médicaux les plus proches de ces patientes migrantes et non francophones. On peut penser au service de l'UGOMPS, l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale au service des femmes en situation de vulnérabilité, ou encore à la PASS, qui est une structure de prise en charge médico-sociale des patients en situation de précarité et notamment des patients migrants, ou aux PMI, les services de protection maternelle et infantile chargés du suivi régulier des enfants de 0 à 6 ans sans demander de sécurité sociale.

Notre étude était réduite à l'étude des pratiques au CHU de Nantes, il serait intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle notamment dans les grandes maternités françaises où le nombre de patientes non francophones est bien supérieur. Elle pourrait cibler également les structures de PMI. L'étude des moyens utilisés dans ces différentes structures, notamment les outils papier ou multimédia mis à leur disposition permettrait d'apporter de nouvelles solutions.

Tester les outils dans leur pratique, les évaluer, apprécier le taux de satisfaction auprès des soignants mais aussi auprès des patientes pourrait être envisagé.

Il faut aussi rappeler que notre étude présente la perspective des soignants et non celle des patientes. Il serait intéressant de réaliser cette approche dans une étude qualitative et relever le ressenti de ces patientes allophones dans leur parcours obstétrical. Cela suppose la présence d'interprètes pendant les entretiens, traduisant au plus près leurs difficultés et leurs émotions.

## V. CONCLUSION

La prise en charge de patientes étrangères est le quotidien de notre maternité et nous apporte énormément en richesse relationnelle mais aussi en questionnement sur nos pratiques. Mais la barrière linguistique amène un défaut de communication, qui peut s'avérer crucial dans la prise en charge médicale. Nous avons pu voir qu'elle entraînait notamment des soins sous-optimaux et une satisfaction moindre autant du côté du patient que du professionnel.

Cette étude nous a permis d'appréhender le point de vue des soignants et nous a montré que la barrière de la langue les mettait régulièrement en difficulté dans leur pratique courante. Ils réclamaient des outils plus accessibles, adaptés au mieux aux différentes situations. En les interrogeant sur les solutions qu'ils aimeraient apporter, il en est ressorti une volonté de favoriser l'accès et le recours à l'interprétariat professionnel lorsque la situation de soins peut être anticipée. Cela concerne les consultations programmées, et les moments où la patiente est hospitalisée (la délivrance de conseils périnataux, l'organisation de son retour à domicile ainsi que son accompagnement psychologique). Les situations plus courantes (gestes techniques) ou moins facilement anticipables (situations d'urgence notamment), le recours à l'anglais, à l'entourage du patient ainsi qu'à Google Traduction étaient les plus adaptés selon notre population. Une demande de nouveaux outils numériques et papier mis à disposition a été formulée.

Mais aucun outil n'a que des avantages. Nous avons pu apercevoir les limites de chacun. Il est difficile de proposer pour chaque situation de soins une unique solution pour dépasser l'obstacle de la langue. L'adaptabilité et la diversité de moyens proposés permettrait une amélioration de la prise en charge de ces femmes étrangères, qui de plus présentent des besoins de prévention et de soins augmentés par rapport aux femmes autochtones.

Le système de santé périnatale doit s'adapter à la complexité de cet enjeu puisque la France est traditionnellement un pays d'immigration et que ces situations seront de plus en plus communes à l'avenir.

## VI. OUVERTURE

L'actualité concernant le conflit Ukraine-Russie va entraîner de nouveaux flux migratoires de réfugiés ukrainiens. Au 8 mars 2022, deux millions d'Ukrainiens avaient quitté leur pays depuis le début du conflit, d'après le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.

En cas de poursuite de la situation de guerre ce sont principalement les pays limitrophes (Moldavie, Roumanie, Hongrie, Slovaquie, Pologne) qui recevraient en premier lieu des réfugiés. Les 27 membres de l'Union européenne ont décidé d'accorder, sur demande, une « protection temporaire » aux réfugiés fuyant la guerre en Ukraine. Ils pourront séjourner durant un an renouvelable au sein de l'Union européenne, y travailler, accéder aux aides sociales et de logement, au système éducatif et aux soins médicaux. La France est également prête à accueillir des réfugiés ukrainiens. Vendredi 25 février, à l'issue du Conseil européen dédié à l'invasion de l'Ukraine, Emmanuel Macron a assuré que la France participera à leur accueil.

La région nantaise verra arriver cet afflux de population, parlant l'ukrainien et le russe principalement. Dépasser la barrière de la langue sera un enjeu principal pour leur intégration. Cependant, les ukrainiens ont une maîtrise moyenne de l'anglais, en se classant 40<sup>ème</sup> dans le monde (23). Il sera donc plutôt aisé de recourir à l'anglais pour communiquer avec eux.

L'Union européenne reste la première destination migratoire au monde en termes de flux. Elle est entourée de pays en guerre ou en conflit intérieur qui ont produit des flux de réfugiés au sens large d'une ampleur exceptionnelle. A leur arrivée puis au cours de leur séjour en France, les migrants allophones peuvent être confrontés à des problématiques les conduisant vers les établissements de santé. Dans ce contexte, les hôpitaux resteront confrontés à une diversité linguistique et culturelle, et des problèmes de communication se poseront. Il faut les appréhender dans l'objectif d'une prise en charge optimale pour ces patients allophones.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Approche conceptuelle de la qualité des soins, Haut Conseil de Santé Publique. *Accrédit Qual Soins Hosp.* juin 2001;(35):62.
2. Nicoloro-SantaBarbara J, Rosenthal L, Auerbach MV, Kocis C, Busso C, Lobel M. Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy. *Soc Sci Med* 1982. 2017;190:133-40.
3. Beauchemin C, Borrel C, Régnard C. Les immigrés en France : en majorité des femmes. *Popul Soc.* 2013;502(7):1-4.
4. Lesclingand M. Nouvelles stratégies migratoires des jeunes femmes rurales au mali : de la valorisation individuelle à une reconnaissance sociale | Cairn.info. *Sociétés Contemp.* 2004;(55):21 à 42.
5. Les migrations de femmes sont-elles différentes de celles des hommes ? | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.histoire-immigration.fr/questions-contemporaines/les-migrations/les-migrations-de-femmes-sont-elles-differentes-de-celles>
6. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale, Rapport 2016 [Internet]. SPF; 2017 oct p. 317. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf)
7. Saurel-Cubizolles M-J. Santé périnatale des femmes étrangères en France, BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS. 17 janv 2012;5.
8. Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H, Philibert M. Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001, InVS, BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2009 mars. Report No.: 9. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/146181/2133442>
9. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen A-MN, Rich-Edwards J. Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis. *Matern Child Health J.* 1 sept 2014;18(7):1628-38.
10. Blondel B, Marshall B. [Women with little or no prenatal care during pregnancy. Results of a study of twenty departments]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1 janv 1996;25(7):729-36.

11. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C, et al. Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review. *Matern Child Health J.* 1 juill 2013;17(5):816-36.
12. Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. *Santé Can.* août 2015;51.
13. Floyd A, Sakellariou D. Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. *Int J Equity Health.* 10 nov 2017;16(1):195.
14. Brar S, Tang S, Drummond N, Palacios-Derflingher L, Clark V, John M, et al. Perinatal Care for South Asian Immigrant Women and Women Born in Canada: Telephone Survey of Users. *J Obstet Gynaecol Can.* 1 août 2009;31(8):708-16.
15. Cohen A, Chirstakis D. Primary language of parent is associated with disparities in pediatric preventive care - ScienceDirect. *J Pediatr [Internet].* févr 2006 [cité 10 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347605011200>
16. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, Matsoukas K, Gany F. A Systematic Review of the Impact of Patient-Physician Non-English Language Concordance on Quality of Care and Outcomes. *J Gen Intern Med.* août 2019;34(8):1591-606.
17. Rivadeneyra R, Elderkin-Thompson V, Silver RC, Waitzkin H. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *Am J Med.* 15 avr 2000;108(6):470-4.
18. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J.* mars 2020;35(2):e122.
19. Origlia Ikhilior P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke-Milde J, Cignacco E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *J Adv Nurs.* oct 2019;75(10):2200-10.
20. Moukrim S. Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé. In: Beacco J-C, Krumm H-J, Little D, Thalgot P, éditeurs. *The Linguistic Integration of Adult Migrants / L'intégration linguistique des migrants adultes [Internet].* Berlin, Boston: De Gruyter; 2017 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110477498-046/html>

21. Leng G. Expérience vécue des médecins et proposition de prise en charge face au patient allophone [Internet]. Université Claude Bernard Lyon; 2017. Disponible sur: [http://s232514384.onlinehome.fr/documents/These\\_Leng.pdf](http://s232514384.onlinehome.fr/documents/These_Leng.pdf)
22. Marin I, Farota-Romejko I, Larchanché S, Kessar Z. Soigner en langue étrangère. *Jusqua Mort Accompagner Vie*. 2012;111(4):11-9.
23. EF Education First. Indice de compétence en anglais EF [Internet]. 2021 p. 40. Disponible sur: <https://www.ef.fr/assetscdn/WIBlwq6RdJvcD9bc8RMd/cefcom-epi-site/reports/2021/ef-epi-2021-french.pdf>
24. Hamon Y. Rapport d'activités 2019 de l'ASAMLA [Internet]. 2019 p. 20. Disponible sur: <http://www.asamla.fr/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-dactivit%C3%A9-ASAMLA-2019.pdf>
25. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Coates WC, Pitkin K. Use and Effectiveness of Interpreters in an Emergency Department. *JAMA*. 13 mars 1996;275(10):783-8.
26. Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Phillips RS, Greenfield S, Massagli MP, Clarridge B, et al. Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *J Gen Intern Med*. nov 2007;22 Suppl 2:324-30.
27. Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone E-L. Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *Am J Public Health*. mai 2004;94(5):866-9.
28. Flores G. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Med Care Res Rev*. 1 juin 2005;62(3):255-99.
29. HAS. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. Service évaluation économique et santé publique; 2017 janv. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_referentiel\\_de\\_competences....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf)
30. Perrin A-S, Drain E, Sarot A, Moro M-R. Comment soutenir l'arrivée au monde d'un enfant de mère migrante dans une maternité française : entre urgence somatique et urgence psychiatrique, le temps de la reconstruction.... *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 janv 2016;64(1):31-5.

31. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 janv 2006;41(1):18-26.
32. Heeren M, Mueller J, Ehlert U, Schnyder U, Copiery N, Maier T. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry.* 17 août 2012;12(1):114.
33. Moussaoui J. Viols de femmes, violence de l'exil. *L'Autre.* 2005;6(3):399-410.
34. Diop IS. Approche interculturelle de la dépression post-partum. *Dialogue.* 19 avr 2012;195(1):127-37.
35. Waerden JVD, Sutter-Dallay AL, Dugravier R, Bales M, Barandon S, Charles MA, et al. Dépression maternelle : facteurs de risque, conséquences sur le développement des enfants et interventions de prévention. *Eur Psychiatry.* nov 2015;30(S2):S33-4.
36. Burnel P, Calmette P, Inspection générale des affaires sociales. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2019 avr. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-128R.pdf>
37. Drennan G. Counting the cost of language services in psychiatry. *S Afr Med J* [Internet]. 1996 [cité 17 mars 2022];86(4). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/samj/article/view/155957>
38. Graz B, Vader J-P, Raynault M-F. 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.
39. Janakiram AA, Bouillon P, Gerlach J, Hudelson Perneger PM, Spechbach H. J'ai de la peine à communiquer avec mon patient aux urgences. Quels sont les outils disponibles ? *Rev Médicale Suisse.* 2021;7(739):995.
40. Albrecht U-V, Behrends M, Matthies HK, Jan U von. Usage of Multilingual Mobile Translation Applications in Clinical Settings. *JMIR MHealth UHealth.* 23 avr 2013;1(1):e2268.

## ANNEXE I : LE QUESTIONNAIRE

### MEMOIRE ESF NANTES

#### **Comment les professionnels de santé du CHU de Nantes surmontent-ils la barrière de la langue au sein du parcours obstétrical de patientes allophones ?**

Bonjour,

Je suis Marine Guillet, étudiante sage-femme en 4<sup>ème</sup> année à Nantes, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai décidé de me pencher sur la question de la barrière linguistique au sein des différents services intervenant dans le parcours obstétrical des patientes, au CHU de Nantes.

Le but de mon travail serait de cibler les services et leurs différents besoins pour relever les situations dans lesquelles la barrière de la langue pourrait être plus facilement levée, repérer les outils les plus adaptés et favoriser leur recours. L'objectif final étant bien sûr d'améliorer notre prise en charge des patientes non francophones fréquentant ces services.

Le questionnaire qui suit vous demandera 5 à 10 minutes de réflexion, et me permettra de tirer des conclusions pour mener à bien mon travail ! Il est à destination des sages-femmes, AS, AP, infirmières, médecins, puéricultrices, assistantes sociales, psychologues, cadres, étudiants en santé.

Ce mémoire est sous la direction de Mme Catherine Kerforn, sage-femme responsable d'unité de soins en gynécologie-obstétrique au Centre Simone Veil-UGOMPS.

Pour toute question supplémentaire, vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : [marine.glt1@gmail.com](mailto:marine.glt1@gmail.com)

Je vous remercie par avance pour votre participation,

Marine Guillet – Etudiante sage-femme en M1 à Nantes

**1. Êtes-vous :**

- Un homme
- Une femme

**2. Vous avez**

- Entre 18 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- 60 ans et plus

**3. Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ?**

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

**4. Quelle est votre profession ?**

- Sage-femme
- Auxiliaire de puériculture
- Aide-soignant•e
- Médecin
- Interne en médecine
- Infirmier•ère
- Puéricultrice
- Assistant•e social•e
- Psychologue
- Cadre de santé
- Etudiant•e en santé
- A.S.H.

**5. Dans quel(s) service(s) / UF exercez-vous la majorité du temps ?**

- Salles de naissance
- Suites de couches
- Unité Kangourou
- Grossesses à haut risque
- Urgences gynéco-obstétricales
- Consultations
- Suivi intensif de grossesse / Cemafoer
- UGOMPS
- Diagnostic anté-natal
- Echographie

**6. En quelle(s) langue(s) êtes-vous capable de conduire une consultation/un entretien ?**

- Français
- Anglais
- Espagnol
- Arabe
- Portugais

- Allemand
- Italien
- Russe
- Roumain
- Autre(s) : .....

**7. A quelle fréquence prenez-vous en charge des patientes non francophones ?**

- Plusieurs fois par jour
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois dans le mois
- Rarement

**8. Quelle est LA situation qui vous met le plus en difficulté dans la prise en charge et le soin de patientes non francophones ?**

- Situation d'urgence
- Consultation (anamnèse, diagnostic, prescription)
- Annonce diagnostic
- Réalisation de soins ou gestes techniques
- Accompagnement psychologique
- Délivrance de conseils thérapeutiques, de conseils d'usage
- Recueil du consentement pour d'éventuels examens
- Education à la santé et à la parentalité, soins de puériculture
- Organisation de la sortie et du retour à domicile dans ses dimensions sociales, médicales et psychologiques
- Autres : .....

**9. Pourquoi ?**

.....  
 .....  
 .....

**10. Quelles sont les autres situations qui vous mettent le plus en difficulté dans la prise en charge et le soin de patientes non francophones ?**

**(Cochez-en 5 maximum)**

- Situation d'urgence
- Consultation (anamnèse, diagnostic, prescription)
- Annonce diagnostic
- Réalisation de soins ou gestes techniques
- Accompagnement psychologique
- Délivrance de conseils thérapeutiques, éducation à la santé
- Recueil du consentement pour d'éventuels examens
- Education à la parentalité, soins de puériculture
- Organisation de la sortie et du retour à domicile dans ses dimensions sociales, médicales et psychologiques
- Autres : .....

**11. Quels sont les moyens que vous connaissez pour dépasser la barrière de la langue ?**

- Recours à une langue tierce maîtrisée par vous et la patiente
- Mime, gestes simples
- Entourage du patient (directement ou par téléphone)
- Google traduction (ou autre application)
- Interprétariat téléphonique (ISM)
- Interprétariat physique (Asamla)
- Outils papier : pictogrammes / images, fiches, lexique (notamment celui créé par ANESF – lexique de la maïeutique)
- Recours à un collègue qui maîtrise la langue parlée par la patiente
- Traducmed
- Autres : .....

**12. Quels sont ceux que vous utilisez le plus couramment ?**

- Recours à une langue tierce maîtrisée par vous et la patiente
- Mime, gestes simples
- Entourage du patient (directement ou par téléphone)
- Google traduction (ou autre application)
- Interprétariat téléphonique (ISM)
- Interprétariat physique (Asamla)
- Outils papier : pictogrammes / images, fiches, lexique (notamment celui créé par ANESF – lexique de la maïeutique)
- Recours à un collègue qui maîtrise la langue parlée par la patiente
- Traducmed
- Autres : .....

**13. Pourquoi ?**

.....  
.....  
.....

**14. Quelles sont leurs principales limites ?**

- Pose problème dans le respect du secret médical
- Chronophage
- Impact économique / coût pour hôpital
- Information déformée / erronée
- Autres : .....

**15. Sur une échelle de 0 à 10, notez d'après vous l'impact de la barrière de la langue dans chaque service, 0 correspondant à non impacté, 10 à tout à fait impacté (NC : non concerné si vous n'exercez pas/très peu dans le service) :**

SDN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
SDC	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
UK	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
GHR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
UGO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
Consultations	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
SIG / Cemafoer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
UGOMPS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC
DAN/écho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NC

**16. En fonction des situations, choisissez 3 outils/aides maximum qui vous semblent les plus adéquats à utiliser en pratique, en cochant la case correspondante :**

	Entourage patient	ISM	Asamla	Google Trad Traducmed	Outils papier (lexique ,dico)	« Débrouille » (gestes, langue tierce)	Autres ..... .....
Situation d'urgence							
Consultation							
Annonce diagnostic							
Réalisation de soins ou gestes techniques							
Accompagnement psychologique							
Délivrance de conseils, éducation à la santé							
Recueillir un consentement							
Education à la parentalité, soins de puériculture							
Organisation du retour à domicile							
Autre : .....							

**17. Quelles améliorations aimeriez-vous voir dans la prise en charge des patientes non francophones au CHU de Nantes ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre !

## ANNEXE II : TABLEAUX SUPPLEMENTAIRES

**Tableau 3 : Langues maîtrisées**

Langues maîtrisées	Nombre de cas n(%)	
Français	76	100%
Anglais	54	71,05%
Espagnol	4	5,26%
Italien	1	1,32%

**Tableau 7 : Maîtrise de l'anglais selon la fréquence de PEC de patientes allophones**

Fréquence de PEC	Maîtrise de l'anglais n(%)					
	Oui n(%)		Non n(%)		n TOTAL	
Plusieurs fois par jour	10	13%	3	4%	13	17%
Plusieurs fois par semaine	34	45%	11	14%	45	59%
Une fois par semaine	3	4%	1	1%	4	5%
Plusieurs fois dans le mois	7	9%	6	8%	13	17%
Rarement	0	0%	1	1%	1	1%
<b>n TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>71%</b>	<b>22</b>	<b>29%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

**Tableau 9 : Effectifs totaux fréquence PEC patientes allophones selon les services**

	Nombre de cas en %				
	PFPJ	PFPS	UFPS	PFDM	R
<b>SDN</b>	8%	41%	4%	5%	1%
<b>SDC</b>	9%	11%	1%	0%	0%
<b>UK</b>	0%	16%	0%	5%	0%
<b>GHR</b>	5%	30%	0%	5%	0%
<b>UGO</b>	7%	7%	1%	0%	0%
<b>Cs</b>	3%	7%	0%	0%	0%
<b>SIG</b>	0%	0%	1%	0%	0%
<b>UGOMPS</b>	5%	1%	1%	0%	0%
<b>DAN</b>	0%	4%	0%	0%	0%
<b>ECHO</b>	1%	0%	0%	0%	0%

PFPJ = plusieurs fois par jour ; PFPS = plusieurs fois par semaine ; UFPS = une fois par semaine ; PFDM = plusieurs fois dans le mois ; R = Rarement

**Tableau 14: Effectifs totaux moyens utilisés selon services d'exercice**

	Nombre de cas en %							
	M	E	G	ISM	A	O	C	T
<b>SDN</b>	45%	43%	47%	14%	4%	4%	14%	1%
<b>SDC</b>	51%	38%	47%	16%	1%	5%	14%	0%
<b>UK</b>	11%	11%	8%	5%	1%	1%	1%	0%
<b>GHR</b>	21%	24%	16%	9%	3%	1%	8%	0%
<b>UGO</b>	26%	34%	29%	13%	5%	7%	8%	1%
<b>Cs</b>	5%	5%	7%	4%	1%	1%	3%	0%
<b>SIG</b>	5%	7%	5%	3%	1%	1%	1%	1%
<b>UGOMPS</b>	1%	1%	0%	7%	4%	0%	1%	0%
<b>DAN</b>	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%
<b>ECHO</b>	3%	4%	3%	3%	3%	1%	1%	1%

M = Mime, gestes simples ; E = Entourage patient ; G = Google Trad ; A = Asamla ; O = Outils papier ; C = Collègue ; T = Traducmed

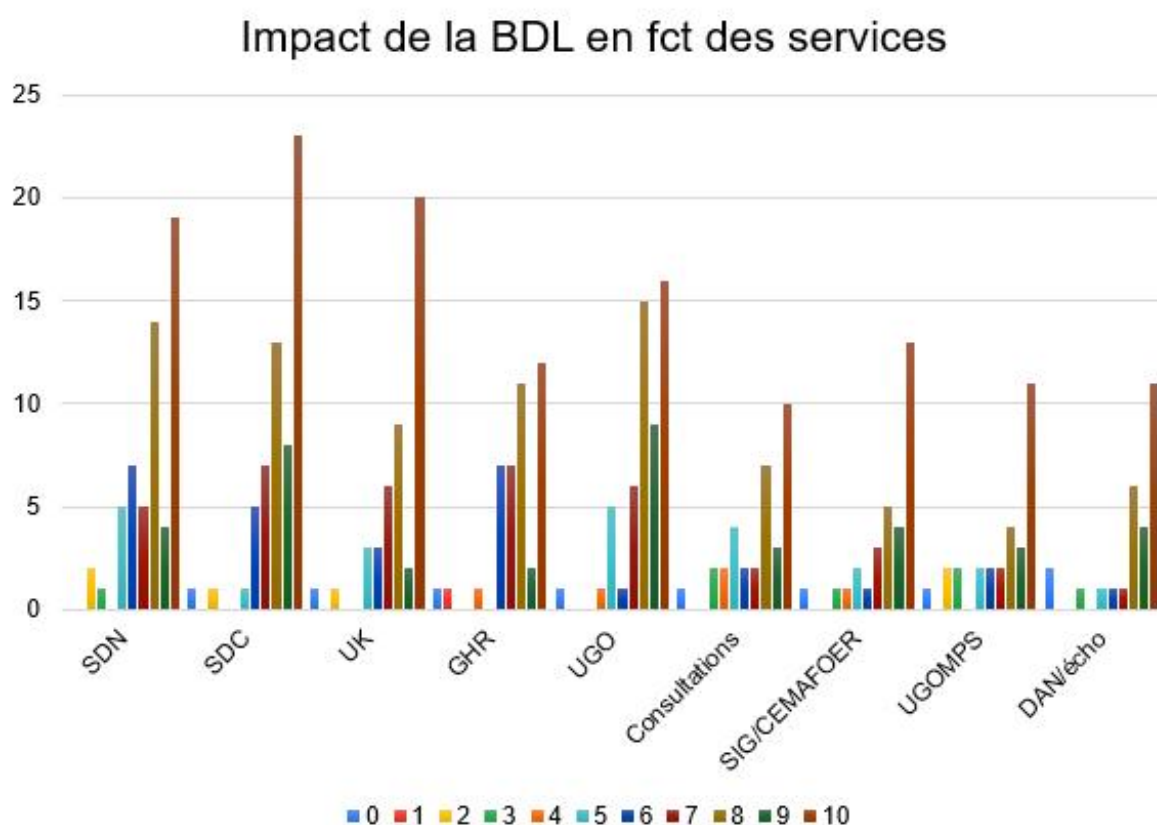
**Tableau 17 : Impact de la barrière de la langue en fonction des services (0 = non impacté ; 10 = tout à fait impacté)**

	SDN	SDC	UK	GHR	UGO	Cs	SIG	UGO MPS	DAN Echo
<b>0</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	2
<b>1</b>	0	0	0	1	0	0	0	0	0
<b>2</b>	2	1	1	0	0	0	0	2	0
<b>3</b>	1	0	0	0	0	2	1	2	1
<b>4</b>	0	0	0	1	1	2	1	0	0
<b>5</b>	5	1	3	0	5	4	2	2	1
<b>6</b>	7	5	3	7	1	2	1	2	1
<b>7</b>	5	7	6	7	6	2	3	2	1
<b>8</b>	14	13	9	11	15	7	5	4	6
<b>9</b>	4	8	2	2	9	3	4	3	4
<b>10</b>	19	23	20	12	16	10	13	11	11
<b>NC*</b>	19	17	31	34	22	43	45	47	49
<b>% C**</b>	75%	78%	59%	55%	71%	43%	41%	38%	36%

\*NC = non concernés

\*\* C = concernés

**Figure 2 : Impact de la barrière de la langue en fonction des services**



## ANNEXE III : OUTILS ADAPTES SELON LES SITUATIONS

Outils adaptés	Urgence	
	Nombre de cas n(%)	
Entourage patient	60	79%
"Débrouille"	50	66%
Google Trad	32	42%
ISM	7	9%
Outils papier	5	7%
Asamla	1	1%

Outils adaptés	Consultation	
	Nombre de cas n(%)	
Entourage patient	41	54%
ISM	40	53%
Asamla	35	46%
Google Trad	33	43%
"Débrouille"	14	18%
Outils papier	13	17%

Outils adaptés	Annonce diagnostic	
	Nombre de cas n(%)	
Asamla	43	57%
ISM	41	54%
Entourage patient	29	38%
Google Trad	28	37%
Outils papier	6	8%
"Débrouille"	5	7%

Outils adaptés	Soins techniques	
	Nombre de cas n(%)	
"Débrouille"	53	70%
Entourage patient	52	68%
Google Trad	42	55%
Outils papier	18	24%
ISM	7	9%
Asamla	4	5%

Outils adaptés	Acct psy	
	Nombre de cas n(%)	
Asamla	45	59%
ISM	39	51%
Entourage patient	31	41%
Google Trad	19	25%
"Débrouille"	7	9%
Outils papier	4	5%

Outils adaptés	Délivrance conseils	
	Nombre de cas n(%)	
Entourage patient	52	68%
ISM	41	54%
Google Trad	39	51%
Asamla	25	33%
"Débrouille"	22	29%
Outils papier	17	22%

Outils adaptés	Recueil consentement	
	Nombre de cas n(%)	
Entourage patient	37	49%
Google Trad	35	46%
ISM	33	43%
Asamla	27	36%
Outils papier	10	13%
"Débrouille"	10	13%

Outils adaptés	Education santé	
	Nombre de cas n(%)	
Entourage patient	49	64%
Google Trad	37	49%
"Débrouille"	35	46%
ISM	31	41%
Asamla	22	29%
Outils papier	13	17%

Outils adaptés	Organisation RAD	
	Nombre de cas n(%)	
Entourage patient	52	68%
ISM	44	58%
Google Trad	34	45%
Asamla	31	41%
"Débrouille"	19	25%
Outils papier	13	17%

# RESUME

Les professionnels de santé sont régulièrement confrontés dans leur pratique à prendre en charge des patients non francophones. Des problèmes de communication apparaissent alors, pourtant fondamentale dans l'établissement d'une relation de confiance entre le soignant et le patient.

L'objectif de ce travail était de faire ressortir les principales situations mettant en difficulté les soignants dans la prise en charge obstétricale de patientes allophones. Nous nous sommes demandés s'ils étaient en mesure de prendre en charge de façon optimale ces patientes étrangères, et quels outils ils utilisaient en pratique afin de dépasser la barrière de la langue. Pour ce faire, un questionnaire a été distribué du 1<sup>er</sup> juillet au 23 septembre 2021 dans les services d'obstétrique de la maternité du CHU de Nantes.

Notre étude a révélé que plusieurs fois par semaine, les soignants se trouvaient en difficulté face à la barrière de la langue notamment dans des situations d'urgence, ou dans l'accompagnement psychologique de ces patientes, ainsi que lors de l'organisation du retour à domicile de la patiente avec son nouveau-né. Les résultats ont montré le besoin pour les soignants de rendre plus accessibles les différents outils, notamment l'interprétariat professionnel et les adapter au mieux aux différentes situations de leur pratique : situations d'urgence ou anticipées.

Des recherches ultérieures pourraient montrer le point de vue des patientes allophones, non abordé ici.

Mots-clés : barrière de la langue, interprétariat, professionnels de santé, obstétrique migrantes