



HAL
open science

Barrière linguistique en secteur mère-enfant : quelles solutions pour améliorer la prise en charge des patientes ? : Entretiens réalisés auprès de 10 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy

Margaux Sismondini

► **To cite this version:**

Margaux Sismondini. Barrière linguistique en secteur mère-enfant : quelles solutions pour améliorer la prise en charge des patientes ? : Entretiens réalisés auprès de 10 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870346

HAL Id: hal-03870346

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870346>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

Barrière linguistique en secteur mère-enfant : quelles solutions pour améliorer la prise en charge des patientes ?

Entretiens réalisés auprès de 10 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

SISMONDINI Margaux

Directeur de mémoire : MASCITTI-HUMBERT Elodie

Sage-femme coordinatrice de la filière femme-mère-enfant du sud Haute Marne
(Chaumont, Langres, Bourbonne-Les-Bains)

Année de la soutenance : 2017

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

Barrière linguistique en secteur mère-enfant : quelles solutions pour améliorer la prise en charge des patientes ?

Entretiens réalisés auprès de 10 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

SISMONDINI Margaux

Directeur de mémoire : MASCITTI-HUMBERT Elodie

Sage-femme coordinatrice de la filière femme-mère-enfant du sud Haute Marne

(Chaumont, Langres, Bourbonne-Les-Bains)

Année de la soutenance : 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Élodie Mascitti-Humbert, directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Merci également aux sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy sans qui mon travail n'aurait pu voir le jour.

Merci à mes parents, pour leur soutien tout au long de mes études, ainsi qu'à mon frère Arthur et ma petite sœur Tonie.

Enfin, merci à mes ami(e)s et collègues de promotion pour les merveilleux moments passés ensemble.

GLOSSAIRE

AME = Aide Médicale de l'État

ANESF = Association Nationale des Étudiants Sage-femme

CHRU = Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMU = Couverture Maladie Universelle

CNGOF = Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

HAS = Haute Autorité de Santé

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PMI = Protection Maternelle et Infantile

PRADO = Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile

SF = Sage-Femme

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE.....	11
1. TYPE D'ETUDE	11
2. POPULATION ETUDIEE	11
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE.....	11
4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	12
5. EXPLOITATION DU CORPUS.....	13
RESULTATS ET DISCUSSION	14
1. LES SAGES-FEMMES ET LEUR METIER.....	14
2. LA BARRIERE LINGUISTIQUE EN SECTEUR MERE-ENFANT	22
3. BARRERE LINGUISTIQUE ET ENTRETIENS DE SORTIE	27
4. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	35
5. PERSPECTIVES.....	36
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39
TABLE DES MATIERES	41
ANNEXES.....	42

INTRODUCTION

Le contexte international actuel, marqué par les guerres qui ont lieu à l'étranger ainsi que par l'extrême pauvreté qui sévit en Europe de l'Est, provoque un afflux de patientes étrangères au sein de nos maternités. En effet, depuis plusieurs années, on observe en France une augmentation de la part de femmes immigrées, celles-ci sont même devenues majoritaires depuis 2008¹. La majorité de ces femmes immigrées n'a une connaissance que très modeste de la langue française : 31% seulement déclarent avoir un bon ou très bon niveau linguistique. Cependant, ce chiffre ne fait pas de distinction selon le pays d'origine des femmes et sont incluses les femmes issues de pays francophones ou d'Afrique où le français est largement employé. Ainsi, les immigrées issues de pays non francophones conservent une connaissance très faible du français (3 à 8% seulement)⁽¹⁾. De plus, à durée de séjour équivalente en France, les femmes ont une moindre maîtrise de la langue française que les hommes, car ceux-ci sont plus confrontés au marché du travail que les femmes⁽¹⁾.

Les sages-femmes, ayant à la fois des responsabilités médicales et un rôle psychosocial, se situent au cœur de la prise en charge des patientes ayant accouché. Elles surveillent l'état clinique des mères et de leurs nouveau-nés, mais sont également présentes pour accompagner, donner des conseils, faire de la prévention et donner des informations importantes concernant le suivi ultérieur de la mère et de l'enfant. En effet, selon le référentiel métier établi par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, celles-ci sont habilitées à assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches et jusqu'à la visite post-natale⁽²⁾. Ainsi, elles accueillent la mère et l'enfant, réalisent l'anamnèse, pratiquent les examens généraux de la mère et de l'enfant, pratiquent l'examen gynéco-obstétrical de la mère, repèrent les situations de vulnérabilité, vérifient la mise en place de l'allaitement, prescrivent des éventuels examens complémentaires, mais aussi, écoutent, questionnent et donnent des conseils d'hygiène, des conseils diététiques et d'éducation à la santé et recueillent les souhaits de la femme en matière de contraception et la prescrivent⁽²⁾. Leurs missions sont donc multiples et nécessitent de communiquer avec les femmes, ce qui peut être rendu compliqué s'il existe une barrière linguistique.

De plus, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les conditions « optimales » pour une sortie de la maternité reposent essentiellement sur l'information des femmes et/ou des couples⁽³⁾. Ainsi, « il est recommandé que chaque femme enceinte et/ou couple reçoive, au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse et avant la naissance, des informations concernant le séjour à la maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement ». A ceci la HAS ajoute qu' « il est recommandé qu'un document écrit, reprenant les informations données oralement, soit proposé aux femmes et/ou couples par le professionnel de santé »⁽³⁾. Ces informations doivent concerner : les événements du post-partum (modifications physiologiques pour la mère et l'enfant, soins, conseils en puériculture, troubles pouvant survenir, prévention et surveillance – signes d'alerte), le déroulement du séjour à la maternité et l'organisation du retour à domicile.

Concernant les sorties de maternité, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) précise les informations à transmettre aux patientes et/ou aux couples pour leur retour à domicile dans de bonnes conditions (annexe 1). Ces informations sont nombreuses et compliquées à transmettre en français, à une patiente qui parle et comprend notre langue, mais qu'en est-il de la transmission de ces informations à une patiente pour qui ce n'est pas le cas ?

En parallèle de ces difficultés, nous savons qu'il existe un préjudice causé à la population lorsque les services médicaux ne sont pas offerts dans la langue maternelle du patient⁽⁴⁾. En effet, les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé, qu'il s'agisse d'aller consulter ou de bénéficier des messages de prévention ou de promotion de la santé. Par exemple, d'après une thèse menée à Lyon en 2013, on sait qu'un quart des patientes concernées par un accouchement inopiné extrahospitalier présentent une barrière linguistique⁽⁴⁾. Elles sont également liées à une augmentation du risque d'hospitalisation, à une augmentation de la proportion de réactions négatives aux médicaments et à une diminution du taux de prescription de médicaments antalgiques optimaux⁽⁵⁾. Enfin, elles posent problème aux patients pour respecter leurs traitements, et ce car la communication est un facteur clé de l'adhérence d'un patient au plan de traitement⁽⁵⁾.

D'autre part, les barrières linguistiques diminuent la satisfaction des intervenants et augmentent les coûts du système de santé⁽⁵⁾. La non-compréhension ou non-assimilation des messages de prévention délivrés en sortie de maternité par exemple peut amener une patiente à consulter aux urgences plus fréquemment que les autres. Cela ne lui permet pas de bénéficier d'une prise en charge optimale d'une part et augmente les coûts pour le système de santé d'autre part.

Pour toutes ces raisons, il est très important d'avoir à la disposition des soignants donc, en l'occurrence, des sages-femmes des outils afin de faciliter la communication entre elles et les patientes chez qui il existe une barrière linguistique.

Enfin, le problème causé par la barrière linguistique est à mettre en lien avec la notion de qualité des soins⁽⁶⁾⁽⁷⁾ définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (annexe 2). La qualité des soins a une importance majeure et son amélioration constante est un objectif perpétuel du système de santé et des sages-femmes. Pourtant, face à une barrière linguistique, il est parfois très compliqué de maintenir une qualité des soins optimale car il devient difficile de respecter les règles d'éthique⁽⁶⁾⁽⁷⁾ (confidentialité, secret professionnel, obtention d'un consentement libre et éclairé, etc.), ce qui justifie également l'intérêt d'avoir à la disposition des sages-femmes des outils permettant de communiquer avec ces patientes.

Ce travail se concentre donc essentiellement sur l'hospitalisation en suites de couches des patientes chez qui il existe une barrière linguistique, sur la façon dont les sages-femmes réalisent leurs examens quotidiens, sur la façon dont elles parviennent à transmettre les conseils et les informations tout au long de ce séjour, et également sur la façon dont elles mènent les entretiens de sortie.

Dans ce cadre, l'objectif principal de l'étude était de déterminer par quels moyens, en pratique quotidienne, les sages-femmes parviennent à délivrer les informations de prévention et d'éducation ainsi que les informations nécessaires au retour à domicile des patientes chez qui il existe une barrière de la langue.

Un objectif secondaire a ensuite été établi : il s'agissait de recueillir les avis de ces sages-femmes concernant la mise en place d'un support papier traduit en plusieurs langues permettant de retranscrire les conseils de sortie pour le couple mère enfant.

Trois hypothèses ont ensuite été émises. La première était que, suite à un entretien de sortie de maternité impacté par un problème de barrière linguistique, les sages-femmes n'avaient pas la sensation d'avoir réussi à se faire pleinement comprendre.

La seconde hypothèse était que les moyens qu'elles ont à leur disposition pour communiquer n'étaient pas utilisés de façon optimale et qu'elles sont, de ce fait, favorables à la mise en place d'un nouveau support afin de transcrire les conseils de sortie au couple mère-enfant.

Enfin, la troisième hypothèse était que les barrières linguistiques qu'elles rencontrent concernent souvent des patientes aux nationalités européennes, ce qui est une nouveauté datant de ces dernières années.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Une enquête a été entreprise auprès des sages-femmes de la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy sur une période allant du 1^{er} février 2017 au 31 mars 2017. Une étude qualitative et descriptive a été réalisée dans le but de répondre aux objectifs énoncés ci-dessus et de confirmer ou non les hypothèses posées.

2. POPULATION ETUDIEE

Dix sages-femmes volontaires et travaillant au sein des secteurs mère-enfant de la maternité du CHRU de Nancy ont été interrogées. Les sages-femmes n'exerçant pas ou plus en secteur mère-enfant à la maternité du CHRU de Nancy ont été exclues de l'étude.

3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

La collecte des données a été faite grâce à la réalisation d'entretiens semi-directifs. La sage-femme coordinatrice des soins du service concerné a été informée et a donné son accord de principe avant de débiter les entretiens. Ceux-ci ont donc eu lieu entre le 1^{er} février 2017 et le 31 mars 2017. La quantité d'entretiens nécessaire a été fixée à minimum 10 et maximum 15, le but étant d'arrêter les investigations dès qu'un entretien n'a plus apporté plus d'élément nouveau. Aucune obligation concernant la durée des entretiens n'a été retenue, compte tenu de la variabilité des questions et de la possibilité d'y répondre de façon très succincte ou, au contraire, de façon plus développée.

Les sages-femmes de secteur mère-enfant avaient préalablement eu la possibilité de s'inscrire sur des créneaux horaires préalablement définis, en dehors de leurs heures de travail, dans un souci d'organisation et dans le but de pouvoir prévoir et préparer chaque entretien, le rendant ainsi de meilleure qualité. Finalement, ceci n'ayant pas fonctionné, les entretiens ont été réalisés pendant les gardes des sages-femmes, en fonction de leur charge de travail et du temps qu'elles ont eu à nous accorder. Chaque entretien a alors été individuel et s'est tenu dans une pièce à part du bureau des sages-femmes afin d'être au calme et de garantir la confidentialité des échanges.

Avant de commencer chaque entretien, il a été rappelé oralement à chacune des participantes que ceux-ci étaient confidentiels et anonymes, et que leur participation se basait sur le volontariat, elles sont ainsi restées libres de refuser d'être interrogées. De plus, les objectifs de l'étude leur ont été clairement explicités.

4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens semi-directifs ont permis de recueillir des données qualitatives textuelles, obtenues suite à des échanges verbaux en face à face avec des sages-femmes. La trame de ces entretiens peut être consultée en annexe 3.

Les questions des entretiens préalablement définies étaient réparties en 6 grands thèmes :

- *Thème n°1* : le métier de sage-femme en secteur mère-enfant, compétences requises et importance de la communication ;
- *Thème n°2* : autocritique des pratiques des sages-femmes ;
- *Thème n°3* : la barrière linguistique en tant que problème pour les sages-femmes ;
- *Thème n°4* : durée de séjour et barrière linguistique ;
- *Thème n°5* : moyens et outils pour pallier à la barrière linguistique ;
- *Thème n°6* : les entretiens de sortie.

Au sein de chaque thème ont donc été posées des questions établies en amont, les mêmes pour toutes les participantes, mais aussi des questions plus ciblées, propres à chaque entretien, en fonction des réponses et des idées abordées par les sages-femmes interrogées. L'échange est ainsi resté assez ouvert, ce qui a permis aux participantes de s'exprimer sur des thèmes non inclus dans le guide d'entretien mais néanmoins pertinents.

Le contenu de l'entretien a été transcrit sur Microsoft Word. Il a été systématiquement proposé à chaque participante d'enregistrer l'entretien à l'aide d'un dictaphone, ce qui a permis de retravailler les données une fois les échanges terminés, et d'émettre des commentaires quant à l'attitude, les réflexions et les échanges non verbaux qui ont eu lieu pendant l'entretien.

5. EXPLOITATION DU CORPUS

L'analyse des données textuelles recueillies a été faite de façon thématique, à l'aide de mots-clés. Chaque entretien a été analysé seul avant de réaliser une analyse de tous les entretiens, dans le but de les confronter les uns aux autres. Lorsque les participantes avaient utilisé plusieurs mots-clés pour parler d'une même idée, nous les avons regroupés par thèmes afin de faciliter notre analyse.

Pour préserver l'anonymat des participantes, un numéro a été attribué à chacune d'entre elles selon leur ordre de passage : SF1 pour la première sage-femme interrogée, SF2 pour la seconde, etc.

RESULTATS ET DISCUSSION

Au total, dix sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy et travaillant au sein de ses secteurs mère-enfant ont été interrogées. La durée moyenne des entretiens a été de vingt-deux minutes et trente secondes, le plus court ayant duré 10 minutes et le plus long 45 minutes. Deux sages-femmes ont refusé l'enregistrement audio qui leur avait été proposé.

1. LES SAGES-FEMMES ET LEUR ACTIVITE

Les sages-femmes ont décrit leur exercice en secteur mère-enfant de différentes façons. Cependant, bon nombre d'entre elles ont donné une vision de leur activité en lien avec la notion d'accompagnement.

Certaines ont évoqué l'accompagnement de l'allaitement maternel (SF6, SF8 et SF9) tandis que d'autres ont abordé l'accompagnement de l'instauration de la relation mère-enfant (SF4 et SF6) : « Je peux comparer mon travail d'accompagnement du couple mère-enfant à la construction des fondations d'un bâtiment : si les bases ne sont pas posées, la relation mère-enfant est bancal » (SF4).

Quelques sages-femmes ayant parlé de la notion d'accompagnement ne l'ont mise en lien qu'avec la patiente et sa parentalité, et n'ont pas du tout évoqué le nouveau-né (SF5 et SF7) : « Il s'agit d'accompagner la patiente à appréhender son nouveau rôle de mère. Je réalise toujours un examen clinique avec des questions ouvertes, afin de l'inciter [la patiente] à me parler de ce dont elle a envie. » (SF5).

Une participante a dit que son travail consistait à « mettre sur les rails le couple parents-enfants » (SF3). Elle a été la seule à avoir parlé du père de l'enfant et à l'avoir inclus dans sa vision du métier de sage-femme de secteur mère-enfant : « C'est leur donner confiance, les guider par rapport à l'allaitement, au change du bébé. Mon métier, cela consiste beaucoup à rassurer les parents : on les guide au départ et on les mène vers une autonomie. » (SF3).

Une sage-femme a quant à elle abordé l'accompagnement des patientes et de leurs problèmes sociaux. Ceci a été mis en balance avec le fait que cette sage-femme

n'exerçait son métier qu'au sein de Vermelin 1^{er}, secteur où se situaient les chambres à deux lits, très souvent occupées par des patientes n'ayant pas de complémentaire santé.

Enfin, une sage-femme a mis en avant la notion d'accompagnement psychologique des patientes (SF6).

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, ce métier exercé en secteur mère-enfant consistait également en une prise en charge médicale. Les participantes ont évoqué l'expression « prise en charge » (SF7, SF9 et SF10) ainsi que les termes « surveillance » (SF6 et SF9), et, pour l'une d'entre elles (SF9) les mots « détection », « conseil » et « prévention » pour décrire leur pratique. L'allaitement a été perçu comme un acte médical par deux sages-femmes (SF8 et SF9). La quasi totalité d'entre elles (SF6, SF8, SF9 et SF10) ont évoqué la prise en charge de la mère et du bébé, tandis qu'une n'a parlé que de la prise en charge médicale de la patiente : « Ce métier, c'est l'accompagnement des patientes dans leur parentalité, ainsi que leur prise en charge clinique. » (SF7).

Au total, quelques participantes ont déclaré considérer leur métier à la fois comme une prise en charge médicale et un travail d'accompagnement de la patiente (SF6, SF7 et SF8).

Pour les sages-femmes interrogées, les qualités requises pour exercer le métier de sage-femme en secteur mère-enfant étaient de l'ordre de trois grands groupes :

- Les qualités en lien avec les relations humaines, au sein desquelles ont été incluses : l'écoute, l'attention, le fait d'être rassurante, l'empathie, la patience, la disponibilité, le fait d'avoir une bonne approche psychologique, le fait d'avoir des qualités relationnelles, le respect et l'ouverture d'esprit. Chacune des dix sages-femmes interrogées en a cité au moins une.

Selon l'une d'entre elles, « il faut savoir être attentive, non seulement à ce qui est dit, mais aussi au langage non verbal qui est très présent en secteur mère-enfant. Beaucoup de patientes disent qu'elles vont bien, mais le ton de la réponse ou l'attitude qu'elles peuvent avoir sous-entend parfois toute autre chose. Il y a beaucoup de non-dits en suites de couches. » (SF2).

Les autres ont émis des réponses plus brèves : « Pour moi, il faut savoir être à l'écoute, disponible, attentive et patiente. » (SF1) ; « Je crois qu'il faut se montrer rassurante. » (SF3) ; « Le respect des patientes, de leur nudité, de leur intimité et de leur corps compte beaucoup. » (SF4) ; « Il faut beaucoup d'empathie. » (SF5) ; « L'empathie, la patience sont des qualités à avoir. » (SF6) ; « La patience et l'écoute sont importantes. » (SF7) ; « On a besoin d'être énormément à l'écoute, patientes. » (SF8) ; « Le relationnel est très important. » (SF9) ; « Il faut se montrer patientes, à l'écoute. » (SF10).

- Les qualités en lien avec les connaissances théoriques, au sein desquelles ont été incluses : le bon sens clinique, le savoir (le fait d'avoir des connaissances), et le fait d'avoir une bonne pratique pédiatrique. Une sage-femme a en effet évoqué le « bon sens clinique » (SF5) et une autre le fait d'avoir des « connaissances théoriques solides » (SF10). La dernière à avoir abordé ces qualités en lien avec les connaissances théoriques a dit que « le bon sens est primordial [...] ainsi qu'une bonne pratique pédiatrique pour avoir les bases en matière d'examen du nouveau-né par exemple. » (SF4).
- Les qualités en lien avec les capacités d'organisation, au sein desquelles ont été incluses : le fait d'être organisée, rigoureuse et le fait d'avoir le sens des priorités. La moitié des sages-femmes interrogées a cité ces qualités. Selon elles, l'organisation est « primordiale dans un service comme le nôtre ! » (SF1, SF6, SF8 et SF9), la rigueur est très importante (SF7) et il faut avoir le sens des priorités (SF9). Selon la SF8, « Il faut une grande capacité d'organisation ! Car la diversité des patientes et la charge de travail font qu'il faut être organisé. » et selon la SF9, « il faut surtout être très organisé : le service est vaste et si on n'est pas organisé, on est coulé. Le sens des priorités est aussi important car on finit par être vite noyé sinon. ».

Pour la totalité des sages-femmes interrogées, le sens de l'écoute et la communication étaient importantes dans le métier de sage-femme en secteur mère-enfant. Pour la grande majorité d'entre elles, cela a semblé évident. L'une d'entre elles a utilisé la locution « cela coule de source ! » (SF7), d'autres ont dit que cela était

« essentiel » (SF2 et SF9), « primordial » (SF3), ou se sont exclamées « bah oui ! » (SF8 et SF9). Selon l'une d'elles :

C'est important dans n'importe quel service. C'est aussi ce qui fait la beauté du métier. Quand on dit que l'on est sage-femme, les gens disent souvent que c'est le plus beau métier du monde. C'est en fait parce que les sages-femmes sont proches de leurs patientes et à l'écoute des femmes. Elles ne sont pas là uniquement pour le côté médical de leur prise en charge, mais aussi pour le côté psychologique. C'est ce qui nous différencie des gynécologues-obstétriciens dont on ne dit jamais de telles choses.

SF4

Une autre a trouvé que « c'est essentiel car il y a des choses que l'on peut transmettre facilement comme des connaissances théoriques, mais il faut également répondre aux attentes des mamans qui ne les formulent pas toujours clairement. » (SF2). Quelques sages-femmes ont justifié l'importance des qualités d'écoute et du sens de la communication par le fait qu'elles considéraient l'accouchement comme un bouleversement (SF5 et SF6). L'une a ainsi relaté que « la naissance est un moment tellement bouleversant que cela révèle beaucoup de problèmes sous-jacents ou préexistants, amenant les patientes à énormément se confier sur leurs problèmes relationnels, que cela concerne leur couple, leurs relations avec leurs propres parents ou leur vécu médical antérieur » (SF5) tandis que l'autre a déclaré que « La femme enceinte a besoin de tout le côté psychologie car c'est un bouleversement et elle a besoin de quelqu'un à son écoute pour pouvoir lui donner des explications d'ordre non médical. » (SF6).

Une des sages-femmes participant à l'étude a indiqué que le sens de l'écoute et la communication lui permettaient d'adapter sa prise en charge à chaque patiente : « il faut agir en fonction des souhaits de la patiente et pas en fonction de ce que nous aurions voulu comme prise en charge. Cela se voit beaucoup dans les allaitements : il faut respecter qu'une patiente souhaite un allaitement artificiel, même si ce n'est pas ce que nous aurions voulu pour notre propre enfant. Et certaines de mes collègues ont du mal à faire la différence. » (SF9). Cette question a aussi été l'occasion d'aborder des problématiques sous-jacentes comme la surcharge de travail : « Par contre, certains jours où la charge de travail est importante, on est moins disponibles, [...] même si on a

l'impression d'être à l'écoute... On passe à côté de certaines choses car notre esprit est ailleurs à cause de la surcharge de travail. » (SF8).

Les principaux éléments de satisfaction des sages-femmes au sein du secteur mère-enfant de la maternité du CHRU de Nancy ont été peu nombreux. Deux d'entre elles n'ont même pas abordé de points positifs (SF3 et SF7) : « Je suis satisfaite de très peu de choses en ce moment » (SF3) et l'une des deux a dit que la question posée était « très compliquée au vu du contexte actuel » (SF7). La moitié des sages-femmes restantes a beaucoup hésité avant de trouver un point positif dans sa pratique quotidienne. Pour certaines d'entre elles, la mise en place d'un poste de sage-femme dédié uniquement à réaliser les entretiens de sortie de maternité avec les patientes et leurs nouveau-nés était un élément de satisfaction (SF8 et SF9) :

Ce qu'il y a de mieux ici, c'est le fait d'avoir créé le poste de sage-femme de sortie. Cela crée un moment plus privilégié pour aborder ce que les patientes souhaitent. Quand cela était fait dans les chambres, on était toujours interrompues. La consultation de sortie permet aux patientes de se confier. C'est aussi agréable pour nous, sages-femmes, car on est à l'écart du service et qu'il n'y a pas, par exemple, de coups de téléphone pour nous déranger.

SF8

Actuellement, c'est compliqué. Le positif, c'est le bureau des sorties et la sage-femme qui est dédiée à cela. Cela permet de faire la sortie dans le respect du secret médical, du coup les patientes ont 40 minutes pour discuter avec nous (20 minutes pour la mère, et 20 pour le bébé). Les patientes ont donc le temps de se confier beaucoup plus.

SF9

Pour d'autres participantes, la satisfaction liée à leur pratique quotidienne résidait dans le relationnel, que cela soit avec les nouveau-nés ou avec les patientes (SF1, SF2 et SF6) et/ou dans la prise en charge de l'allaitement maternel (SF1 et SF10). Pour quelques enquêtées, cela se jouait plutôt dans la satisfaction des patientes : « Je suis parfois satisfaite quand la patiente ou le couple a eu le temps de relater son vécu et poser toutes les questions nécessaires pour partir sereinement continuer leur vie à la maison. » (SF5) ; « Malgré la surmédicalisation des pratiques, les femmes parviennent à apprécier leur séjour, même si cela est rendu difficile par la vieillesse et la détérioration des locaux par exemple. » (SF4).

Finalement, peu d'éléments ont été source de satisfaction de la part des sages-femmes : le poste de sage-femme de sortie, le relationnel avec les patientes et les enfants, l'accompagnement de l'allaitement et la satisfaction des patientes, mais aucun n'a été cité par plus de trois participantes sur les dix interrogées.

Concernant ce que les sages-femmes ne parvenaient pas à faire comme elles l'auraient voulu, les thèmes abordés ont été plus riches et plus unanimes. En effet, la grande majorité des participantes a évoqué la prise en charge de l'allaitement maternel comme plus grand regret :

L'allaitement maternel est difficile à gérer. Heureusement, les auxiliaires de puériculture sont là pour nous aider [...]. Quand un allaitement ne se passe pas trop bien, on ne peut plus prendre le temps d'aider les patientes véritablement. On donne parfois des compléments de lait artificiel à tout va alors que ce n'est pas le souhait de la patiente.

SF9

Les autres ont déclaré : « L'allaitement maternel est difficile à encadrer. » (SF2) ; « On manque de temps pour l'allaitement maternel. » (SF1) ; « Je regrette l'accompagnement des allaitements. » (SF6) ; « Les allaitements maternels sont mon plus grand regret. » (SF8) ; « On manque de temps au niveau des allaitements. » (SF3).

Quelques unes ont évoqué le peu de temps passé auprès des patientes et le relationnel : « Le relationnel ne peut pas être fait comme on le voudrait. Il est difficile de faire en sorte que la relation mère-enfant s'établisse correctement car on manque de temps et qu'il y a beaucoup de stress chez les sages-femmes à cause de facteurs externes. » (SF4) ; « On n'a pas le temps de parler avec les patientes du tout. » (SF5) ; « On n'a pas toujours le temps de prendre le temps que les dames demandent. » (SF6).

La SF6 a également évoqué l'accompagnement psychologique des patientes comme réelle insatisfaction. Par ailleurs, une sage-femme a émis des regrets quant à l'impossibilité de mettre à profit pour les patientes ses connaissances en addictologie car elle était titulaire d'un diplôme universitaire dans ce domaine (SF2) et une autre a énoncé le fait de ne pas pouvoir s'occuper correctement du côté administratif : « M'occuper du côté administratif du métier est vraiment difficile au vu du temps et des outils que l'on met à ma disposition ! » (SF10).

L'allaitement maternel et le relationnel ont donc été des notions controversées, à la fois sources de satisfactions et d'insatisfactions de la part des sages-femmes. Cela pourrait se justifier par le fait que ce sont des choses que les sages-femmes aiment globalement beaucoup dans leur métier, mais que cela est rendu compliqué ces derniers temps, comme l'explique cette sage-femme :

Je suis satisfaite du travail que je fais le matin, quand je suis beaucoup dans les chambres auprès des patientes, mais ce que je fais l'après-midi ne me convient pas trop. L'allaitement maternel est difficile à encadrer, alors que cela devrait être un plaisir. On perd beaucoup de temps sur tout ce qui est administratif, et je ne comprends pas pourquoi on doit y passer autant de temps. [...] Il y a sûrement un problème d'organisation et de planification inadaptées, tout cela est trop chronophage par rapport à ce que cela apporte...

SF2

Et ce qui empêchait les sages-femmes d'exercer leur métier comme elles l'auraient souhaité a unanimement été le manque de temps. Elles ont justifié cette perte de temps par la multiplicité et la longueur des tâches administratives pour la grande majorité d'entre elles (SF2, SF4, SF6, SF7, SF8, SF9 et SF10) : « On n'a pas de temps à consacrer aux patientes physiquement. On passe beaucoup de temps dans la paperasse... On se dépêche presque de voir les dames pour pouvoir faire les dossiers et ce sont les tâches administratives qui ne nous permettent pas de passer de temps avec les patientes. » (SF7).

Par ailleurs, plus de la moitié des sages-femmes ayant pointé du doigt les tâches administratives ont également cité les outils informatiques comme éléments chronophages (SF4, SF7 et SF10), comme l'explique cette sage-femme : « On manque de temps à cause de la paperasse et de l'informatique. Selon moi, 75% du temps de la journée est consacré aux papiers, ce qui peut paraître aberrant dans un métier comme le nôtre. » (SF4). Le terme « paperasse » a été utilisé par plusieurs participantes (SF4, SF6 et SF7) pour désigner les papiers et les tâches administratives. Ce mot désigne habituellement des papiers sans valeurs ou qui encombrant ou embarrassent l'utilisateur, cela montre donc bien que les sages-femmes de secteur mère-enfant de la maternité du CHRU de Nancy ont des difficultés à exercer leur métier à cause de la surcharge administrative : « Ce qui nous fait perdre du temps, c'est essentiellement la surcharge de travail, la paperasse, les interruptions multiples et la multiplicité et la diversité des tâches. » (SF6).

En parallèle, quelques participantes ont évoqué une « surcharge de travail » (SF6 et SF9), étant responsable de leurs insatisfactions :

On a de plus en plus de patientes et de moins en moins de personnel. Donc on va aux priorités... Quand on rencontre un problème, on doit vite trouver des solutions. Par exemple, quand un allaitement ne fonctionne pas très bien, on est obligées de trouver une solution rapidement alors qu'on pourrait prendre le temps de mieux encadrer les choses... En fait, l'hôpital public n'a plus d'argent, et c'est la plupart du temps au détriment des patientes...

SF9

Presque la moitié des sages-femmes a soulevé des problématiques d'ordre organisationnelles. Elles ont évoqué un « travail décousu » (SF3), des « interruptions multiples » (SF5), un « fractionnement des tâches » (SF4) ainsi qu'une « planification inadaptée » (SF2).

Une des participantes a notifié un manque de moyens, responsable de son insatisfaction au sein du service (SF1). Ensuite, une sage-femme a évoqué les réorganisations qui se profilent à la maternité du CHRU de Nancy : « Actuellement, on est également parasitées par les réorganisations. Je pense que cela nous plombe aussi beaucoup car on n'entend parler que de cela et c'est facteur de stress. » (SF2). Enfin, une sage-femme a décrit « le non-sens de certaines personnes qui voient la pathologie partout, même là où il n'y en a pas, et qui émettent des conduites à tenir aberrantes ou inadaptées au sein de cette maternité de niveau III. » (SF4).

Finalement, nous avons pu voir que les trois principales causes de l'insatisfaction des sages-femmes interrogées au travail sont le manque de temps, la multiplicité et la longueur des tâches administratives et les problématiques d'ordre organisationnelles. Ces notions sont liées entre elles, comme l'explique cette participante : « On manque de temps pour tout. On est toujours devant l'ordinateur à faire des papiers. On n'est plus très présentes auprès des patientes, et l'allaitement est difficile à gérer car l'organisation est compliquée. » (SF9).

2. LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE EN SECTEUR MERE-ENFANT

La quasi-totalité des sages-femmes interrogées a été d'accord avec l'hypothèse que la barrière linguistique était un réel problème dans leur pratique quotidienne. Seule une participante a déclaré que « Les complications posées par la barrière linguistique ne sont pas insurmontables. » (SF4).

Plus de la moitié des sages-femmes ont évoqué des problèmes de communication avec les patientes (SF1, SF2, SF6, SF7, SF8 et SF10).

Parmi celles-ci, certaines ont parlé de difficultés pour communiquer : « La barrière linguistique est un problème car elle pose des difficultés pour communiquer » (SF1), « La communication est difficile. Si on n'arrive pas à échanger par les mots, cela devient vraiment compliqué... » (SF7).

La majorité d'entre elles a éprouvé des difficultés pour donner des conseils (SF1, SF2, SF8 et SF10) : « C'est un problème pour la compréhension car [...] elle [la patiente] ne peut pas comprendre le conseils qu'on lui donne » (SF10), et ont évoqué notamment le problème des conseils alimentaires pour le nouveau-né ainsi que les conseils de sortie de maternité : « La barrière linguistique pose problème pour transmettre les consignes alimentaires aux patientes (pour leurs bébés). » (SF2) ; « On ne peut pas leur donner de conseils de sortie. » (SF8).

D'autres sages-femmes ont quant à elles déclaré qu'évaluer les besoins de leurs patientes était difficile : « On éprouve des difficultés pour savoir ce qui va et ce qui ne va pas. » (SF1) ; « On ne comprend pas la patiente et on n'arrive pas à savoir quels sont ses besoins. » (SF10).

Enfin quelques participantes ont décrit une transmission des informations d'ordre médical compliquée : « On n'arrive pas à transmettre les informations médicales que l'on souhaiterait aux patientes. » (SF2) ; « Donner des informations pertinentes et de qualité est compliqué » (SF6).

Un nombre important de sages-femmes a évoqué des risques médicaux aliénables à la barrière linguistique (SF2, SF6, SF8 et SF9). En effet, une sage-femme a dit craindre un « retentissement néonatal » de la barrière linguistique (SF2), de même qu'une de ses collègues qui a déclaré que « la barrière linguistique pose un problème

pour s'assurer qu'il n'y a pas de souci médical pour l'enfant » (SF6). Pour une autre participante, le suivi médical de la patiente a été un élément préoccupant : « Il faut trouver une sage-femme libérale à la patiente pour son retour à domicile, car le PRADO ne fonctionne pas s'il y a une barrière linguistique totale. Les assistantes sociales sont aussi prévenues dans ce cas, et elles mettent en place un relais avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) » (SF8). Cette même sage-femme s'inquiétait de l'exactitude de ses observations notées dans le dossier médical de ces patientes et éprouvait des difficultés à évaluer la douleur qu'elles ressentaient. Enfin, une sage-femme a décrit sa récente expérience d'erreur médicamenteuse avec une patiente roumaine :

J'ai récemment été confrontée à une erreur médicamenteuse avec une double vaccination contre la rubéole. Je m'occupais de la sortie d'une patiente présentant une barrière de la langue totale. J'ai vu son dossier médical, sur lequel était inscrit en rouge « Vaccination contre la rubéole en suites de couches ». Je n'ai pas trouvé la trace de cette vaccination dans le dossier et la patiente ne semblait pas avoir été déjà vaccinée car elle répondait non lorsque je lui posais la question, donc je me suis dit que je devais lui administrer le vaccin. C'est en feuilletant le dossier que je me suis rendue compte qu'elle était déjà vaccinée. La patiente ne m'a rien dit. Avec une patiente qui parle et comprend le français, cela ne serait jamais arrivé.

SF9

Quelques sages-femmes ont évoqué des soucis relationnels posés par la barrière linguistique (SF4, SF5 et SF6). L'une d'entre elles, bien qu'elle soit la seule à avoir dit que « les complications posées par la barrière linguistique ne sont pas insurmontables », a reconnu que « parfois, il est difficile d'établir une relation de confiance » (SF4). Une autre a indiqué que « cela peut amener une frustration. » (SF6). La SF5 a, quant à elle, regretté le fait qu'elle « ne voit pas du tout ce qu'elles ressentent d'être dans un pays étranger : on imagine leur peur, mais on ne peut ni les aider, ni vraiment les rassurer à cause de la barrière linguistique. » (SF5).

D'autres sages-femmes ont spontanément abordé le fait qu'elles rencontraient des problèmes lors des sorties de maternité à cause de la barrière linguistique (SF2 et SF8) : « Quand on a des sorties de maternité, et que l'on explique aux patientes les motifs de consultation d'urgence maman et bébé, on ne sait pas trop ce qui a été vraiment entendu ou pas et on se demande toujours s'il n'y a pas un risque tout de

même à la sortie (par exemple, pour la mort subite du nourrisson et les conseils de couchage) » (SF2).

Une sage-femme a quant à elle regretté la violation du secret professionnel : « On se retrouve parfois à discuter contraception avec les enfants de la patiente, mais on n'a pas le choix. C'est un peu compliqué. » (SF9).

Face à une patiente chez qui il existe une barrière linguistique, les sages-femmes ont majoritairement déclaré se sentir « frustrées » (SF2, SF3, SF4, SF6 et SF10). Quelques unes ont dit se sentir « démunies » (SF1 et SF9), et l'une d'entre elles a dit qu'elle ressentait du « désappointement » (SF5), une autre du « désarroi » (SF7) et une dernière de l' « inquiétude » (SF2).

Certaines participantes ont également évoqué qu'elles pouvaient être irritées : « Parfois c'est presque de l'énervement. On devient moins patientes car on perd tellement de temps à essayer de communiquer que l'on finit parfois par ne plus communiquer du tout. » (SF7) ; « Parfois je suis agacée car au vu de la charge de travail, cela complique la journée et nous fait perdre du temps. Quand la patiente parle français tout va beaucoup plus vite. La barrière linguistique ajoute de la charge de travail. » (SF9) ; « J'ai l'impression que ces patientes sont dans leur monde. Cela me blesse un peu car, quand on ne les sent pas bien, on ne sait pas quoi faire pour elles. On ne peut pas discuter. » (SF8).

L'une d'entre elles a également montré une certaine empathie : « Je cherche toujours un moyen de me faire comprendre par des gestes, des dessins, etc. Je cherche à me mettre à la place de la patiente : ce n'est pas facile de ne rien comprendre et cela génère beaucoup de stress. » (SF4), et elle a poursuivi en évoquant le problème des entretiens de sortie de maternité : « J'ai cependant toujours la sensation de manquer de temps, ce qui est particulièrement frustrant lors des entretiens de sortie de maternité car la liste des consignes est longue, difficile à transmettre déjà en français sans barrière linguistique... » (SF4).

La quasi-totalité des participantes a dit avoir recours à GoogleTranslate® pour communiquer avec des patientes ne parlant et ne comprenant pas le français (SF1, SF2, SF3, SF4, SF6, SF7, SF8 et SF10) malgré le fait que son utilisation soit limitée : « Il y a des erreurs. Cela nous vaut parfois de bonnes parties de rigolades avec les patientes ! » (SF3) ; « Sur les ordinateurs portables de la maternité, on ne peut pas avoir internet dans

toutes les chambres, donc on doit utiliser notre Smartphone personnel pour accéder à GoogleTranslate®. » (SF4) ; « J'ai déjà essayé GoogleTranslate® mais il m'est arrivé de tomber sur une patiente qui ne comprenait quand même pas ce que je voulais lui dire. » (SF2).

La moitié des sages-femmes interrogées a dit s'appuyer sur la famille de la patiente pour communiquer car parfois, c'étaient des personnes qui parlaient français ou qui le comprenaient (SF1, SF3, SF7, SF8 et SF9) mais cela pouvait poser un problème de secret professionnel comme l'a expliqué cette sage-femme : « Parfois la famille peut traduire. [...] Le problème avec la famille, c'est que ce n'est pas une tierce personne totalement neutre. » (SF3). Quelques unes demandaient à certains membres du personnel de les aider à traduire (SF1, SF5, SF10) : « il y a certains membres du personnel qui parlent plusieurs langues. » (SF1) ; « Pour les patientes turques, on a des personnes qui parlent cette langue dans le personnel. » (SF5). Au total, plus de la moitié des sages-femmes avait ainsi recours à une traduction réelle grâce à une tierce personne (SF1, SF3, SF5, SF7, SF9 et SF10).

Le recours aux interprètes de la maternité est problématique. En effet, plusieurs sages-femmes ont cité leur grande utilité (SF3, SF4, SF7, SF8 et SF9) mais ont regretté qu'ils soient si rarement présents : « On a des interprètes, mais ils coûtent cher à la maternité, si on fait une demande, il faut la justifier et prouver que l'on ne peut pas faire autrement. Du coup, les délais et la justification nécessaires font qu'on ne les appelle pas. » (SF4) ; « Avant, on avait des interprètes, mais on ne les appelle plus car cela a un coût. » (SF9) ; « Auparavant, on pouvait avoir des interprètes. Maintenant, si on en trouve un, c'est un membre de la famille de la patiente, ce ne sont plus des interprètes de la maternité, et on ne peut pas évaluer la qualité de la traduction quand il s'agit d'un proche. » (SF8) ; « Honnêtement, il est toujours difficile de trouver quelqu'un qui est disponible [pour traduire]. » (SF7).

Certaines sages-femmes ont évoqué la présence de livres ou livrets dans le service (SF4, SF5 et SF6) mais « les livres ne sont pas complets, il manque des langues, ils sont inadaptés. » (SF4) ; « on a bien quelques livrets, mais rien en termes médicaux, donc je n'ai pas moyen d'expliquer mon travail, mon examen, le traitement, les conseils de sortie, etc. » (SF5) ; « les livres ne sont pas toujours disponibles, parfois même perdus... » (SF6).

Enfin, d'autres sages-femmes ont affirmé utiliser l'anglais (SF3) ou des pictogrammes (SF4), L'une d'entre elles a parlé d'un « kit de communication » (SF7),

qui est composé de dessins et textes traduits dans différentes langues, une autre a cité des fiches traduites en différentes langues et une horloge servant à expliquer les horaires des tétées pour les bébés mais elle avait « moins tendance à utiliser les fiches car [...] elles ne sont pas accessibles sur les chariots donc j'essaie de me débrouiller sans pour éviter de retourner dans le bureau car le service est grand ! » (SF8). Une dernière a évoqué le soutien des assistantes sociales qui « sont là en premier et font le lien entre la prise en charge du séjour (CMU, AME, etc.) et l'histoire des patientes : c'est donc un premier relais. » (SF9).

En règle générale, les sages-femmes utilisent la totalité des moyens qu'elles pensent avoir à leur disposition. Cependant, toutes n'ont pas cité les mêmes outils alors que toutes travaillent au même endroit. Le « kit de communication » n'est connu que d'une seule participante, et l'horloge pour expliquer les horaires des tétées aux patientes n'était utilisée que par peu de sages-femmes (SF2, SF8). Ceci témoigne d'une nécessité d'harmoniser tous ces moyens afin de faciliter la prise en charge des patientes de suites de couches de la maternité du CHRU de Nancy. Deux sages-femmes ont d'ailleurs tenté d'y participer. L'une avait cherché à établir un moyen pour faciliter les entretiens de sortie : « Avec des collègues sages-femmes et auxiliaires de puériculture, on avait essayé de faire un livre sur les conseils de sortie, il est même parti à l'impression mais il n'est jamais revenu, donc on a abandonné l'idée... » (SF5). L'autre avait cherché à faciliter les échanges quotidiens patiente/soignants :

Nous avons déjà commencé à travailler avec une collègue auxiliaire de puériculture qui utilise une horloge imprimée sur papier sur laquelle elle note les horaires auxquels le bébé doit boire. On avait essayé de trouver de quelles questions nous aurions besoin toutes les deux, et de les faire traduire par des personnes qui parlent plusieurs langues dans notre entourage, mais quelque part cela m'agaçait parce que je me disais que l'on n'était pas la seule maternité de France à avoir ces problèmes-là !

SF2

Une enquêtée a abordé un moyen qu'elle utilisait depuis peu de temps : le guide rédigé par l'ANESF (Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes). Il contient des questions utilisées couramment par les sages-femmes traduites en plusieurs langues. « J'ai récemment trouvé le guide rédigé par l'ANESF, et je me suis dit que c'était merveilleux, je suis vraiment contente de l'avoir trouvé. » (SF2), même si, toujours

selon cette sage-femme « parfois certaines patientes sont illettrées et il pourrait être bien d'avoir également la phonétique des mots. ».

Presque la moitié des sages-femmes ayant répondu à la grille d'entretien aurait souhaité avoir des interprètes ou traducteurs disponibles pour effectuer les traductions nécessaires (SF5, SF7, SF8 et SF9) : « Au minimum, il faudrait pouvoir joindre des traducteurs, à tout moment, même le week-end. » (SF5) ; « Il faudrait des interprètes disponibles. Ceux de la maternité sont joignables par téléphone, mais ne se déplacent pas et cela a un coût assez important donc on ne les appelle qu'exceptionnellement. » (SF7) ; « Il faudrait des interprètes disponibles tous les jours !! Et un système simplifié pour les appeler : actuellement c'est très compliqué, en plus du coût que cela a. » (SF9).

Quelques sages-femmes ont évoqué spontanément la nécessité de créer un outil permettant de délivrer les conseils de sortie de maternité (SF1 et SF5) : « Il faudrait des fiches explicatives pour expliquer par exemple le test de Guthrie, les tests auditifs, l'allaitement, les conseils de sortie ou encore la contraception. » (SF1) ; « Avoir les conseils de sortie en plusieurs langues sur une fiche récapitulative serait utile. » (SF5).

Les autres ont cité des réponses variées : l'une aurait souhaité avoir des cours d'anglais, « pourquoi pas via une plateforme, pour apprendre le vocabulaire médical » (SF4), une autre « des petits livrets de l'ANESF qui devraient être fournis par la maternité et distribués à toutes les sages-femmes. » (SF10). Pour une participante, « il est compliqué [...] de réaliser un moyen qui soit disponible dans toutes les langues possibles et inimaginables. Peut être qu'apprendre le b.a.-ba de certaines langues permettrait de nous aider... » (SF3) mais, lors de l'entretien, celle-ci ne nous a pas semblée convaincue de ses propos... Enfin, une sage-femme n'a pas su trouver de quoi elle aurait eu besoin comme moyen pour pallier à la barrière linguistique (SF5).

3. BARRERE LINGUISTIQUE ET ENTRETIENS DE SORTIE

Tout au long des entretiens, avant même d'aborder les entretiens de sortie et la barrière linguistique, la moitié des participantes a évoqué cette partie de la prise en

charge des patientes présentant une barrière linguistique (SF1, SF2, SF4, SF5, SF8 et SF9), ce qui témoigne bien qu'il existe un problème à cet instant du séjour des patientes.

A la maternité du CHRU de Nancy, la création du poste de « sage-femme de sortie » a permis aux sages-femmes et aux patientes de bénéficier d'un temps d'échange nouveau, permettant aux patientes de « se confier » (SF9), et ce « dans le respect du secret médical » (SF9). Ce moment a été perçu comme « privilégié » par une participante (SF8), tandis qu'une autre a dit qu'il « permettait d'aborder ce dont les patientes ont envie de parler » (SF8). Avant, cet entretien était réalisé au lit des patientes, mais, toujours selon cette SF8, « on était toujours interrompu [...] et maintenant c'est plus agréable pour les professionnels car on est à l'écart du service, il n'y a pas de coups de téléphone ou d'autres choses à gérer. ».

Cependant, ces sorties de maternité sont rendues compliquées lorsqu'il existe une barrière linguistique. En effet, c'était pour certaines des sages-femmes interrogées un véritable problème, qu'elles ont cité spontanément. Certaines ont évoqué cette difficulté dès la première question posée sur les problèmes posés par la barrière linguistique en secteur mère-enfant (SF2 et SF8) et une autre a abordé ce point après une deuxième question (SF4). Les autres ont parlé des entretiens de sortie plus tard, au moment où nous avons discuté des moyens et des outils permettant de pallier à la barrière linguistique (SF1 et SF5).

Une sage-femme a ainsi expliqué que « quand on a des sorties de maternité, et qu'on leur explique [aux patientes] les motifs de consultation maman et bébé, quand il y a une barrière, on ne sait pas trop ce qui a été vraiment entendu ou pas. On se demande toujours s'il n'y a pas un risque tout de même à la sortie (par exemple pour la mort subite du nourrisson et les conseils de couchage). » (SF2). Une autre a raconté qu'elle avait « toujours l'impression de manquer de temps, ce qui est particulièrement frustrant lors des entretiens de sortie de maternité où la liste des consignes est longue et difficile à transmettre déjà en français... » (SF4). La SF8, qui avait déjà évoqué les avantages de la création du poste de « sage-femme de sortie », a précisé que face à des patientes présentant une barrière linguistique, « on ne peut pas leur donner de conseils de sortie. Le PRADO ne fonctionne pas dans ce cas, il faut trouver une sage-femme libérale nous-même. ». Les deux dernières sages-femmes à avoir évoqué le problème des entretiens de sortie spontanément ont en fait émis le souhait de bénéficier d'un outil

supplémentaire pour traduire les conseils de sortie de maternité : « On ne peut pas [dans ce cas] traduire les conseils de sortie. [...] Avoir les conseils de sortie en plusieurs langues sur une fiche récapitulative serait une bonne chose. » (SF5) ; « J'aimerais avoir des fiches explicatives par exemple pour expliquer le test de Guthrie, les tests auditifs, l'allaitement, les conseils de sortie et la contraception... » (SF1).

Le problème principal lors de la prise en charge de la sortie du couple mère enfant au sein duquel il existe une barrière linguistique résidait donc dans la transmission des conseils de sortie, notamment des motifs de consultation en urgence, et cette notion a été citée par les enquêtées spontanément, ce qui témoigne de l'importance de l'obstacle posé par la barrière de la langue dans ce contexte.

Toujours concernant les entretiens de sortie de maternité dans un contexte de barrière linguistique, les sages-femmes ont déclaré que ces entretiens étaient plus longs que ceux réalisés auprès de patientes qui comprenaient le français (SF2, SF4, SF5 et SF10) : « Cela prend beaucoup plus de temps. » (SF2) ; « Cela nous prend facilement 20 minutes de plus par patiente. » (SF5) ; « Les entretiens sont forcément plus longs. » (SF10). Afin de communiquer, elles utilisaient plusieurs moyens bien différents d'une sage-femme à l'autre, ce qui traduit le fait que chacune travaille comme elle le peut, et qu'il n'existe pas véritablement de moyen adapté et disponible à toute heure pour aider les participantes dans leur travail : « J'utilise beaucoup GoogleTranslate®. » (SF1) ; « Avec des gestes, j'arrive à me faire comprendre. » (SF5) ; « On parle avec les mains, et on utilise des mots très simples. » (SF7) ; « Il faut être vraiment sûrs qu'elle comprend les messages délivrés, quitte à se répéter plusieurs fois et de différentes manières. » (SF10) ; « C'est important d'avoir quelqu'un pour traduire !! Cela peut même être un interprète téléphonique. » (SF8) ; « Pour tout ce qui est papiers, ordonnances de sortie etc., j'attends qu'il y ait quelqu'un pour faire la traduction. » (SF9) ; « On essaie d'avoir un traducteur, même si on brise le secret médical... Cela peut même se faire par téléphone parfois. » (SF10). Ces sages-femmes ayant évoqué la nécessité de l'aide d'un traducteur étaient conscientes du problème de confidentialité que cela posait, notamment lorsque cela était réalisé par téléphone. De plus, le recours à une tierce personne pour traduire conduit à réaliser des anamnèses deux fois plus longues par rapport à un dialogue direct⁽⁸⁾, ce qui confirme le constat des sages-femmes.

Finally, a midwife out of two did not have the feeling of delivering the necessary information at home to mothers and their newborns: (SF1, SF3, SF4, SF6 and SF7). The respondents declared that there were « terms too difficult to translate like perineal re-education or the descent of organs for example. » (SF4) and that they lacked « time and means in order to manage to be understood. » (SF1). A midwife even declared spontaneously that « If one cannot communicate, one does not give exit advice » before going back to work, annoyed, « finally, one gives it, but I do not know what they understand. » (SF7). The others globally said that they had the feeling of managing to deliver the necessary information at home to these mother-child couples (SF2, SF5, SF8, SF9 and SF10), at least for the « essential » (SF9) or the « minimum » (SF5). Two participants said they tried to do so that the messages were delivered and understood: « I try, even if one has less and less means and less and less things to bring them. » (SF8); « One tries, one does the best, even if certain situations really put us in a difficult position. » (SF10). For one respondent, the answer was less obvious: « It depends in fact. Sometimes one gets out well and other times one does not know what has been understood or not. Sometimes, when the patients thank us a lot, one knows they have understood. » (SF2).

The information concerning contraception was undoubtedly the information most communicated to patients (SF1, SF3, SF4, SF5, SF6, SF9 and SF10).

The information concerning the further medical follow-up of the mother and the child was cited by half of the participants (SF4, SF5, SF6, SF8, SF9 and SF10). In a first time, the necessity of the placement of a liberal midwife at the exit as well as the explanation of her presence were mentioned by some midwives (SF8 and SF9): « I explain to them the importance of the liberal midwife because there is no PRADO, and the PMI does not offer the same care as the liberal midwife who, she, can come the day after the exit. » (SF8); « The visit of the liberal midwife is important to explain. » (SF9). In a second time, the midwives also partly insisted on the necessity of taking an appointment for the post-natal consultation (SF4, SF6 and SF10) as well as, for one of them, on the importance of checking the social conditions of the patients: « It is necessary to verify if the patient has social security, to know if she will go to look for her medicines at the

pharmacie, [...] et si elle a un logement, car sinon, elle ne peut pas sortir de la maternité. (SF8). Dans un dernier temps, c'est le suivi médical de l'enfant qui a été abordé par les participantes (SF5, SF6 et SF8) : « Le suivi de l'enfant doit être planifié, notamment pour les pesées et les vaccinations. » (SF5) ; « La surveillance clinique de l'enfant doit être expliquée. » (SF6).

Les conseils d'alimentation pour l'enfant faisaient également partie des informations que les sages-femmes s'efforçaient souvent de transmettre (SF1, SF2, SF4, SF6 et SF10) : « J'essaie de bien donner les conseils d'alimentation bébé, surtout dans le cadre d'un allaitement artificiel par rapport à l'hygiène et la préparation des biberons. » (SF2) ; « Si j'ai le temps, j'aborde l'enfant, la préparation des biberons, la température, les pleurs, etc. » (SF4) ; « Je donne des conseils pour le bébé, notamment pour l'alimentation et la préparation des biberons. » (SF10).

Les motifs de consultation en urgence pour la mère et pour l'enfant étaient délivrés aux patientes par quelques-unes des sages-femmes interrogées (SF1, SF2 et SF4) tandis qu'une sage-femme, qui avait pourtant expliqué qu'elle pensait délivrer les informations nécessaires pour l'essentiel, a déclaré : « Je ne leur dis pas de revenir par exemple si elles ont de la température, car je ne veux pas les noyer sous les informations. » (SF9).

Enfin, certaines sages-femmes faisaient de la prévention pour la mort subite du nourrisson en donnant aux patientes les conseils de couchage du bébé (SF2, SF8 et SF10).

D'autres éléments ont été cités par les participantes, tels que « la prévention pour les accidents domestiques » (SF10), les « conseils d'hygiène pour le bébé » (SF2 et SF8), les « conseils pour les soins du cordon » (SF1), les « pleurs du bébé » (SF4), la « surveillance de la température du bébé » (SF4), des « explications sur les médicaments pour la douleur » (SF5) ainsi que des « informations sur les vaccins pour la mère » (SF8).

La totalité des sages-femmes interrogées était favorable à l'élaboration d'un support papier destiné à être traduit en plusieurs langues afin de faciliter leur travail dans un contexte de barrière linguistique. A l'annonce de ce projet, les sages-femmes ont soupiré et ont montré des marques d'adhésion. Cela a été pour elles comme une évidence de répondre favorablement. Elle se sont exclamées pour la plupart d'entre

elles : « Cela nous aiderait à 3000% ! » (SF10) ; « Je le demande depuis longtemps !! » (SF4, SF5) ; « Cela serait très bien ! » (SF1, SF2, SF3, SF7, SF8, SF9 et SF10).

Selon elles, ce nouvel outil devrait être traduit en roumain de façon quasi-unanime (SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6, SF7, SF9 et SF10). Plus de la moitié des sages-femmes le souhaiteraient en turc (SF2, SF3, SF4, SF5, SF6 et SF7) et une sage-femme sur deux voudrait qu'il le soit en anglais (SF1, SF2, SF3, SF6 et SF10) ou en arabe (SF2, SF4, SF5, SF6 et SF10). La difficulté a été de compter le nombre de participantes souhaitant ce moyen dans les langues d'un des pays d'Europe de l'Est. Chaque sage-femme a évoqué la nécessité de s'adapter à cette nouvelle population migrante arrivant des pays de l'Est, mais elles ont cité de nombreuses nationalités différentes. Certaines ont même parlé de pays qui n'existaient plus comme la Yougoslavie (SF8). La figure 1 montre les souhaits des enquêtées concernant les langues dont elles auraient besoin au quotidien pour les aider lors des entretiens de sortie de maternité.

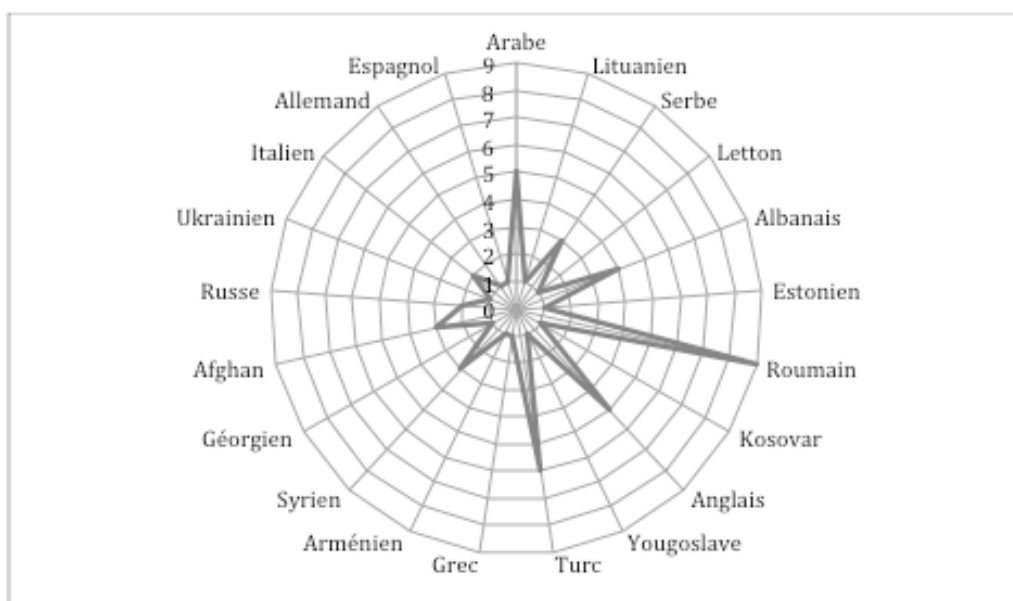


Figure 1. Souhaits des sages-femmes interrogées concernant les langues dont elles auraient besoin lors des entretiens de sortie de maternité.

Les sages-femmes ont abordé 23 langues différentes. Ce qui est nouveau, ce sont toutes les langues des pays d'Europe de l'Est, dont elles n'avaient pas besoin avant. En effet, selon les analyses de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), si plus du tiers des immigrés sont nés en Algérie et en Turquie,

la région Grand Est se distingue du reste de la France et en particulier de la région Parisienne par la présence d'un grand nombre d'immigrés natifs d'Europe⁽⁹⁾ (46,7%). Au cours des cinq dernières années, les nouveaux arrivants sont encore plus souvent originaires d'Europe (51%). Ils viennent particulièrement d'Allemagne et des pays de l'Est de l'Europe : Serbie, Roumanie et Russie. Cette augmentation a lieu en parallèle d'une diminution de l'immigration maghrébine et turque⁽⁹⁾.

Certaines sages-femmes interrogées ont aussi parlé de la chance qu'elles avaient de pouvoir avoir un relais à domicile pour les patientes présentant une barrière linguistique (SF4 et SF9), et nous pensons qu'il est important de prendre cet élément en compte lors de la discussion de nos résultats. En effet, il existe une sage-femme libérale à Nancy qui, retraitée de son ancien poste de sage-femme, exerce toujours en libéral mais le fait gratuitement pour les patientes n'ayant pas de sécurité sociale ou de papiers français. Elle leur offre donc les mêmes soins qu'une sage-femme à domicile classique, mais le fait sur son temps libre.

On a la chance d'avoir D., qui s'occupe de ces patientes gratuitement en libéral. La PMI, cela ne suffit pas, car il n'y a pas de passage chez la patiente le lendemain de la sortie. D. nous sauve parfois car on est plus sereines quand les patientes rentrent chez elles. Le jour où elle ne sera plus là, cela sera compliqué, vraiment...

SF9

Ceci est donc une des principales raisons pour laquelle les sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy se montrent moins inquiètes à la sortie de ces patientes et leur transmettent parfois moins d'informations à ce moment-là : « La barrière linguistique, ce n'est pas un critère pour rallonger le séjour des patientes. La question est de savoir qui s'occupera de ces patientes après la sortie. Ici, D. fait cela très bien. » (SF4) ; « On est plus sereine quand les patientes rentrent chez elles car il y a D. » (SF9) ; « Même si l'entretien de sortie est plus succinct que d'habitude, on ne s'inquiète pas trop pour le bébé car D. fait le relais. » (SF9).

Les sages-femmes ont par ailleurs soulevé un autre souci que la barrière linguistique : la barrière culturelle. En effet, la moitié d'entre elles a souhaité revenir sur cette notion car cela a un impact certain sur la communication entre les sages-femmes et

les patientes. Elles ont décrit des difficultés lorsqu'elles abordaient certains sujets comme la contraception ou la rééducation périnéale/abdominale (SF1, SF4 et SF9) : « Le thème de la contraception par exemple est très difficile à aborder car c'est parfois abstrait pour les patientes. C'est en quelque sorte un tabou supplémentaire car selon les cultures et les valeurs de ces patientes, elles sont plus ou moins pudiques sur le sujet. » (SF4) ; « Culturellement, il y a une grande différence entre ces patientes et les autres : elles ne souhaitent pas prendre la pilule. » (SF9) ; « Il y a un manque de réceptivité de certaines patientes à des sujets comme la contraception ou la rééducation périnéale et abdominale qui va bien au-delà de la barrière linguistique puisque c'est lié à leur culture. » (SF1). Dans une étude Suisse de 2002, les praticiens avaient déjà énoncé les mêmes souhaits que nos enquêtées⁽⁸⁾. En effet, cet article montrait que les médecins souhaitaient un médiateur culturel afin de les aider à traduire tout en mettant cela en lien avec la représentation du patient.

La barrière culturelle a été abordée par certaines sages-femmes qui se désolaient d'un manque de formation à ces situations nouvelles (SF3, SF4 et SF7) : « Il y a un manque de formation évident des sages-femmes à ce genre de situations, quand les thèmes choquent. Il y a une barrière culturelle qui peut, elle aussi, entraver la communication. » (SF4) ; « Je souhaiterais être plus informée sur les rites culturels qui entourent la naissance dans les différentes civilisations du monde, en particulier sur celles qui migrent en Europe. Il y a des choses, des comportements, que nous ne pouvons pas comprendre car ils ne font pas partie de notre éducation et cela crée une barrière culturelle. » (SF3) ; « Le thème abordé ici est quelque chose de nouveau, ce sont des situations beaucoup plus fréquentes qu'avant, et ce n'est pas seulement une histoire de barrière linguistique mais aussi de barrière culturelle. Peut-être y aurait-il aussi un travail à faire sur la connaissance de ces cultures au niveau du personnel soignant... » (SF7). Pour toutes ces raisons, un travail de recherche pour évaluer les souhaits des sages-femmes en matière de formation aux cultures du monde pourrait être entrepris dans une nouvelle étude ou un nouveau mémoire, au vu de la demande qu'elles formulent ici très clairement.

4. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

La force évidente de l'étude réside dans le fait d'avoir entrepris une démarche qualitative à l'aide d'entretiens semi-structurés, car cela a permis aux sages-femmes de s'exprimer librement sur le sujet. Elles ont pu aborder des thèmes divers et variés au sein d'un espace de parole créé pour elles et qu'elles ont globalement très bien perçu. Traiter un sujet relatif à la communication et aux relations humaines se devait d'être réalisé dans de telles conditions afin de rendre des résultats plus « humains ».

Une autre force de l'étude réside dans le mode de recueil des données qui a toujours été fait dans l'anonymat et la confidentialité, à l'écart de l'agitation du service, sans contrainte de temps et de résultat.

Enfin, un dernier point fort est d'avoir choisi de réaliser une étude monocentrique qui permettra à la sage-femme coordinatrice, si elle le souhaite, d'utiliser les résultats de cette enquête.

La limite principale de l'étude réside dans le manque de références bibliographiques concernant la barrière linguistique et le métier de sage-femme. Le peu de données de la littérature que nous avons trouvé et exploité étaient des statistiques concernant l'immigration, des mémoires infirmiers ainsi que des études peu récentes ou étrangères. Les études étrangères ou anciennes que nous avons citées ne permettaient pas de comparer leurs résultats aux nôtres car l'immigration est très différente d'une période à une autre et d'un pays à un autre.

Une autre limite peut également être liée au fait que nous manquions d'expérience concernant la pratique des entretiens, ce qui a pu entraîner des biais lors de la retranscription des entretiens et de leur analyse.

Enfin, la dernière limite réside dans le fait d'avoir réalisé une étude monocentrique (même si cela fait également la force de l'étude) qui ne peut être extrapolée nulle part ailleurs qu'à la maternité du CHRU de Nancy.

5. PERSPECTIVES

Le travail que nous avons réalisé ici s'inscrit dans une démarche de recherche action. En effet, il a permis d'analyser les pratiques des sages-femmes lorsqu'elles se retrouvaient face à un problème de barrière linguistique, et de rechercher des solutions aux problèmes qu'elles rencontraient. Nous avons ainsi montré que les sages-femmes étaient très enthousiastes par rapport au fait d'avoir un nouveau support papier pour les entretiens de sortie traduit en plusieurs langues telles que le roumain, l'anglais, l'arabe, le turc, l'albanais et les autres langues des pays de l'Est de l'Europe. Il serait donc intéressant de réaliser ce nouvel outil, de le mettre en place au sein des SME de la maternité du CHRU de Nancy et d'évaluer par la suite son utilité, ce qui permettrait de l'améliorer si besoin est.

Pour ce faire, les résultats de cette étude se veulent d'être communiqués par la suite aux sages-femmes travaillant au sein des SME de la maternité du CHRU de Nancy ainsi qu'à la sage-femme coordinatrice de ce service.

CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était de déterminer par quels moyens, en pratique quotidienne, les sages-femmes parviennent à délivrer les informations de prévention et d'éducation ainsi que les informations nécessaires au retour à domicile des patientes chez qui il existe une barrière de la langue. Au cours de nos entretiens, GoogleTranslate® a été l'outil le plus cité par les participantes lorsqu'elles avaient à prendre en charge une telle patiente, que cela soit au cours de son séjour en secteur mère-enfant ou lors de l'entretien de sortie de maternité. Le recours à une tierce personne tenant le rôle d'interprète était également largement utilisé par les sages-femmes, alors que selon un rapport Canadien de 2015, l'utilisation d'interprètes non formés en réponse à la barrière linguistique, que cela soit un membre de la famille ou un interprète ponctuel constitue un risque pour la santé du patient⁽¹⁰⁾. Les interprètes de la maternité ne pouvaient pas être sollicités car ils étaient rarement présents en raison du coût que cela engendrait et des justifications nécessaires pour pouvoir prétendre à une aide de leur part. Les autres moyens (livres et livrets, fiches, dessins, pictogrammes, kit de communication, guide de l'ANESF) étaient rarement utilisés, en raison du fait qu'ils étaient inadaptés à la pratique de l'obstétrique, ou indisponibles dans les langues souhaitées, ou encore car leur existence était méconnue des enquêtées. Ceci nous montre qu'il y a une nécessité d'harmoniser ces moyens afin de faciliter la prise en charge des patientes en suites de couches de la maternité du CHRU de Nancy.

L'objectif secondaire de ce projet était de recueillir les avis des participantes concernant la mise en place d'un support papier traduit en plusieurs langues permettant de retranscrire les conseils de sortie pour le couple mère-enfant. Le fait est, qu'au cours de la réalisation des entretiens semi-directifs, le problème posé par les barrières linguistiques a été abordé par la moitié des sages-femmes avant même que nous l'évoquions. La totalité des enquêtées n'avait pas le sentiment de délivrer les informations nécessaires au retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés et serait favorable à l'élaboration d'un nouveau support papier destiné à retranscrire les conseils de sortie de suites de couches à ces patientes. En effet, elles ont décrit des entretiens plus longs, un manque de moyens pour transmettre les informations dont les femmes devaient disposer pour leur retour à domicile mais ont insisté sur le fait qu'elles

faisaient de leur mieux pour leur offrir la meilleure prise en charge possible. Ainsi, ce nouvel outil rendrait leur travail plus facile dans ce contexte et permettrait aux sages-femmes de leur transmettre les mêmes informations qu'à une patiente chez qui il n'existe pas de barrière linguistique.

Incontestablement, le roumain est la langue qui pose le plus de problèmes en matière de communication. Viennent ensuite le turc, l'anglais et l'arabe. La totalité des sages-femmes a été d'accord pour dire que les patientes venant des pays de l'Est étaient de plus en plus nombreuses, mais elles ont cité de nombreux pays différents (Albanie, Ukraine, Russie, Géorgie, Arménie, Grèce, Yougoslavie, Kosovo, etc.), ce qui correspond aux dernières constatations de l'INSEE qui rend compte d'une augmentation des migrants d'Europe de l'Est en région Grand Est au cours des cinq dernières années⁽⁸⁾.

Les entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de notre projet ont été l'occasion pour les sages-femmes d'aborder d'autres problématiques. De nombreuses questions leur ont été posées en début d'entretiens afin de créer un espace de parole propice à aborder le thème de la barrière linguistique. Elles ont globalement bien perçu ces entretiens et se sont montrés très réceptives à cette première partie de nos échanges.

A l'avenir, ce mémoire se veut d'être poursuivi. L'idée serait de réaliser l'outil cité, sur lequel nous inscririons des conseils de sortie maman et bébé. Il contiendrait des informations concernant le suivi et les rendez-vous à prendre à l'extérieur de la maternité (sage-femme, pédiatre, etc.), les numéros de téléphone d'urgence, les motifs de consultations en urgence pour la mère et l'enfant, des conseils d'hygiène et d'alimentation pour la mère et l'enfant ainsi que de la prévention pour tous les troubles du post-partum (dépression, troubles périnéo-sphinctériens, mort subite du nourrisson, bébés secoués... etc.) et serait traduit, conformément aux résultats de cette étude, en roumain, turc, anglais et arabe. Des entretiens semi-directifs pourraient ensuite être menés auprès des sages-femmes utilisant ce nouvel outil afin d'évaluer sa qualité et la satisfaction des utilisatrices. Ceci pourrait également faire l'objet de l'élaboration d'une application pour Smartphones afin de partager nos traductions avec les autres maternités de la région Grand Est.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) NOBLECOURT O. L'égalité pour les femmes migrantes. Ministère des droits des femmes. 20 février 2014. 43p. [en ligne] consulté le 13 novembre 2016. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000126.pdf>
- (2) Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Janvier 2010. 34p. [en ligne] consulté le 24 avril 2017. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
- (3) Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandation de Bonne Pratique. Mars 2014. 36p. [en ligne] consulté le 30 septembre 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- (4) DELAROCHE M. Prise en charge des accouchements inopinés par le SMUR au cours de l'année 2012. Thèse d'exercice de médecine. Université Claude Bernard. Lyon. 2013. Consulté le 24 avril 2017.
- (5) BOWEN S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. *Santé Canada*. 2001. 155p [en ligne] consulté le 12 mars 2017. Disponible sur : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf
- (6) DE ALMEIDA ROCHA E. Barrière de la langue et qualité des soins. Travail de fin d'études – Diplôme d'Etat d'Infirmier. 2011. I.F.S.I. de Versailles. 41p. [en ligne] consulté le 13 novembre 2016. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-elodie-de-almeida-rocha.pdf>

(7) MONDOUX M. Communiquer avec des patients de langue étrangère. Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins. Travail de Bachelor. Juillet 2010. Haute Ecole de Santé de Fribourg. 96p. [en ligne] consulté le 23 novembre 2016. Disponible sur :

https://doc.rero.ch/record/24898/files/MONDOUX_Marie_BT.pdf

(8) GRAZ B, VADER J, RAYNAULT M. Réfugiée, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé Publique*. Vol. 14. Éditions S.F.S.P. 2002/1. 200p. [en ligne] consulté le 1^{er} mai 2017. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-1-page-75.htm>

(9) GRCIC S, KELHETTER D, RIVIÈRE S. INSEE. Les immigrés vivent plus souvent le long de la frontière et dans les grands pôles urbains. *Insee analyses Grand Est*. N°14. Paru le 08/07/2016. 4p. [en ligne] consulté le 24 janvier 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019671>

(10) BOWEN S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Rapport final. *Société Santé et Français*. Août 2015. 62p. [en ligne] consulté le 1^{er} mai 2017. Disponible sur : <http://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf>

Ouvrages consultés mais non cités :

- BOUCHARD L, GABOURY I, CHOMIENNE M-H et al. La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy*. Vol. 4. n°4. 2009. 7p. [en ligne] consulté le 13 janvier 2017. Disponible sur : <http://www.carmencuisineandtravel.com/rrasfo/images/docs/publications/2012/La%20sante%20en%20situation%20linguistique%20minoritaire.pdf>

- POPULIN B, Préparation à la sortie de maternité : retour à domicile, retour à la réalité. Mémoire de fin d'études. Ecole de sages-femmes Pierre Morlane. Metz. 2010. [en ligne] consulté le 30 septembre 2016. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2010_POPULIN_BEATRICE.pdf

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE.....	11
1. TYPE D’ETUDE	11
2. POPULATION ETUDIEE	11
3. MODALITES DE REALISATION DE L’ETUDE.....	11
4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	12
5. EXPLOITATION DU CORPUS.....	13
RESULTATS ET DISCUSSION	14
1. LES SAGES-FEMMES ET LEUR METIER.....	14
2. LA BARRIERE LINGUISTIQUE EN SECTEUR MERE-ENFANT	22
3. BARRERE LINGUISTIQUE ET ENTRETIENS DE SORTIE.....	27
4. FORCES ET FAIBLESSES DE L’ETUDE.....	35
5. PERSPECTIVES.....	36
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39
TABLE DES MATIERES	41
ANNEXES.....	42

ANNEXES

ANNEXE I

Informations qu'il est recommandé de transmettre aux couples mères-enfants au cours de leur hospitalisation en post-partum selon le CNGOF

- Pour la mère :
 - Des informations sur son suivi médical : fréquence des examens médicaux, acteurs du suivi, numéros d'urgence ;
 - Des informations concernant les motifs de consultation : hémorragie, infection, baby blues persistant, incontinence urinaire/rectale, douleur unilatérale d'un membre inférieur, dyspnée, douleur thoracique, douleurs limitant les activités quotidiennes, dyspareunies persistantes ;
 - Des informations concernant l'hygiène et des conseils pratiques : changements et évolution physiologique, hygiène personnelle, soins du périnée, soins de cicatrices, allaitement, fréquence et normalité de la fatigue au cours du premier mois, troubles transitoires à type d'incontinence, d'hémorroïdes, de constipation, conseils par rapport à la reprise des rapports sexuels et normalité des dyspareunies, risque de grossesse avant le retour de couches.

- Pour l'enfant :
 - Des informations sur son suivi médical : fréquence du suivi, carnet de santé, dépistage auditif, hypothermie, gêne respiratoire, signes de déshydratation, vomissements, selles anormales, coloration ictérique ou pâleur, comportement inhabituel (agitation, cris, pleurs aigus ou faibles, léthargie, difficultés à réveiller l'enfant), cordon anormal (rouge, malodorant, suintant) ;
 - Des conseils concernant l'hygiène : lavage des mains, sujets malades dans l'entourage ;
 - Des conseils concernant l'alimentation et la supplémentation vitaminique ;
 - Des conseils pratiques : soins de puériculture, surveillance de la température, fréquence des pesées, prévention de la mort subite du nourrisson, prévention des bébés secoués, exposition aux toxiques et polluants, automédication, plagiocéphalie.

- Des réponses aux éventuelles questions des patientes.

ANNEXE II

Définition de la qualité des soins selon l'OMS

La qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins

ANNEXE III

Grille des entretiens semi-directifs

Thème n°1 : le métier de sage-femme, compétences requises, importance de la communication

Comment concevez-vous votre métier de sage-femme au sein de ce service de secteur mère-enfant ? Selon vous, quelles sont les qualités requises pour exercer le métier de sage-femme ? Pensez-vous que le sens de l'écoute et de la communication est important dans ce métier ? Pourquoi ?

Thème n°2 : Autocritique des pratiques

De quoi êtes vous particulièrement satisfaite dans votre pratique quotidienne ? Pouvez-vous me parler de ce que vous ne parvenez pas à faire comme vous le voudriez ? Qu'est-ce qui vous en empêche ?

Thème n°3 : La barrière linguistique en tant que problème

Selon vous, en quoi la barrière linguistique est un problème pour les sages-femmes ? Quel est votre ressenti face à une patiente avec qui il est difficile d'établir une communication adaptée ?

Thème n°4 : Durée de séjour et barrière linguistique

Estimez-vous que le raccourcissement de la durée de séjour soit un problème pour les patientes chez qui il existe une barrière linguistique ? Sont-elles plus vulnérables sur le plan social ? Pourquoi ?

Thème n°5 : Moyens et outils pour pallier à la barrière linguistique

Quels moyens sont à votre disposition pour délivrer des informations aux patientes ne parlant et comprenant pas ou peu le français ? En pratique courante, quels moyens utilisez-vous ? Si différence il y a : pourquoi ? Quels moyens souhaiteriez-vous avoir à votre disposition en plus de ceux auxquels vous avez accès ?

Thème n°6 : Barrière linguistique et entretiens de sortie

Pouvez-vous me parler des entretiens et examens de sortie des mères étrangères avec qui il est difficile de communiquer ? Pouvez-vous me dire si vous avez le sentiment de délivrer les informations nécessaires au retour à domicile de ces mères et de leurs nouveau-nés ? Quelles informations vous efforcez-vous de transmettre, par un moyen ou par un autre, car vous estimez qu'elles sont plus « importantes » que les autres ? Que pensez-vous de l'élaboration d'un support papier destiné à être traduit en plusieurs langues afin de faciliter le travail de sages-femmes dans ce contexte ? Selon vous, en quelles langues devrait-il être traduit ?

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de SISMONDINI MARGAUX - 2017

Barrière linguistique en secteur mère-enfant : quelles solutions pour améliorer la prise en charge des patientes ?

Entretiens réalisés auprès de 10 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy

Introduction. Les sages-femmes doivent transmettre à leurs patientes de nombreuses informations au cours de leur hospitalisation en secteur mère-enfant ainsi qu'au moment de leur sortie. Dans ce cadre, nous avons cherché à savoir quels étaient les outils à la disposition des sages-femmes pour communiquer avec une patiente chez qui il existe une barrière linguistique. Ensuite, nous avons recueilli leurs avis quant à l'élaboration d'un nouvel outil permettant de les aider lors des entretiens de sortie.

Matériel et méthodes. Une étude qualitative et monocentrique, réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de dix sages femmes a été menée en février et mars 2017.

Résultats et discussion. Les sages-femmes ont dit s'aider essentiellement de GoogleTranslate® ou de l'aide d'une tierce personne pour traduire. Elles ont reconnu que les interprètes de la maternité pouvaient être d'une grande aide mais elles ont regretté de ne pouvoir que très rarement avoir recours à leurs services. Les autres moyens à leur disposition étaient très peu utilisés car ils étaient inadaptés, indisponibles, perdus ou méconnus. Au cours des entretiens de sortie, une participante sur deux n'avait pas le sentiment de délivrer les informations qu'elle aurait dû. Toutes les sages-femmes interrogées étaient favorables à l'élaboration d'un nouveau support papier reprenant les conseils de sortie destiné à être traduit en plusieurs langues, notamment en roumain, turc, anglais et arabe.

Conclusion. Il y a nécessité d'harmoniser les outils permettant de communiquer avec les patientes chez qui il existe une barrière linguistique et tout particulièrement en matière de conseils de sortie de secteur mère-enfant.

Mots clés. Barrière linguistique, secteur mère-enfant, communication

Language barrier in the postnatal sector : What solutions to improve the care of patients ?

Interviews with ten midwives working in the CHRU maternity in Nancy

Introduction. Midwives have to convey to their patients plenty of informations during their hospitalisation in the postnatal sector and upon their release. In this context, we had an investigation to know which were the tools that midwives had at their disposal to communicate with a patient with a language barrier. Then, we gathered their opinions about elaboration of a new paper to help them during the exit interviews.

Materials and methods. A qualitative and single-centric study, made with semi-structured interviews with ten midwives was conducted from February to March 2017.

Results and discussion. Midwives said that they helped themselves essentially by using GoogleTranslate® or a third party to translate. They recognize that interpreters could be of a great help but they regret not to be able to have recourse to their services. The other tools at their disposal were very few used because they were inadequate, unavailable, lost or unknown. During the exit interviews, half of the participants did not feel that they were giving informations that she should have. All the midwives interviewed were in favor of the elaboration of a new paper containing exit tips intended to be translated into several languages, including Romanian, Turkish, English and Arabic.

Conclusion. There is a need to harmonize the tools to communicate with patients with a language barrier, and especially regarding tools for the release of the maternity ward.

Key words. Language barrier, postnatal sector, communication