

2025-2026

Diplôme d'état de sage-femme

ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ALLOPHONES PAR LES SAGES-FEMMES DE PMI DU GRAND OUEST

Etude quantitative, observationnelle et descriptive

JUSTINE TROUVÉ

Née le 10 mars 2003

Sous la direction du Pr Clotilde Rougé-Maillart
Professeur de médecine légale et droit de la santé et responsable
médicale de la PASS au CHU d'Angers

Jury

Madame PIERROT Béatrice : présidente

Monsieur LEGENDRE Guillaume : membre

Madame CHOUTEAU Laure : membre

Madame BEAUDOIN Nadège : membre

Soutenu publiquement le lundi 15 juin 2026

Document confidentiel

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Justine Trouvé, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé par l'étudiante le 16 / 03 / 2026



REMERCIEMENTS

Pour commencer, je souhaite remercier Pr Clotilde Rougé-Maillart pour ses précieux conseils concernant la rédaction de ce mémoire, mon premier travail de recherche.

Un grand merci à Béatrice Pierrot qui a su me guider et m'accompagner dans ce travail de mémoire lorsque j'en ai eu besoin.

J'adresse mes remerciements à Carole Daunais, sage-femme de PMI en Haute-Savoie, pour avoir pris le temps de relire et de me conseiller sur mon questionnaire.

Merci à toutes les personnes ayant relayé mon questionnaire et à toutes les sages-femmes ayant participé à cette étude.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique pour sa présence pendant mes quatre années à l'école de sages-femmes d'Angers. Merci à Laurence pour ses mots encourageants.

Merci à l'ensemble de ma promotion, mes futures collègues, pour ces beaux moments et la volonté de toutes se pousser vers le haut.

Je remercie chaleureusement mes amies Emma, Salomé, Lola, Marine, Marion, Camille, Fanny et Lucie, pour leur soutien et leur écoute ainsi que les larmes et moments inoubliables partagés. Merci d'avoir cru en moi. Il n'y a aucun mot pour décrire ce que l'on a vécu ensemble ces quatre années et vous faites partie des plus belles rencontres de ma vie. Merci à Emma pour sa relecture de ce mémoire et ses conseils.

Pour terminer, je remercie infiniment mes parents, Nathalie et Jérôme, pour leur soutien sans faille depuis toujours. Je ne pouvais pas avoir de meilleur objectif que celui de vous rendre fiers. Merci pour tout ce que vous faites pour moi, c'est en grande partie grâce à vous si je suis arrivée jusqu'ici. Merci également à mon frère, Antoine, à mes grands-parents et à tous les proches qui m'ont soutenue et ont cru en moi.

LISTE DES ABREVIATIONS

AGIR : Accompagnement Global et Individualisé des Réfugiés

ARS : Agence Régionale de Santé

ANSFT : Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISM : Inter Service Migrants

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PEC : Prise en charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SF : Sage-Femme

SOMMAIRE

Avertissement	2
Engagement de non-plagiat	3
Remerciements	4
Liste des abréviations.....	5
Sommaire.....	6
Introduction	7
Matériel et méthode	10
I. Schéma d'étude.....	10
II. Matériel.....	10
1) Critères d'inclusion.....	10
2) Critères de non-inclusion	10
3) Critères d'exclusion.....	10
III. Méthode.....	11
1) Recueil des données.....	11
2) Méthode d'analyse	11
Résultats	13
I. Caractéristiques générales de la population étudiée	13
II. Pratiques professionnelles auprès des patientes allophones.....	15
1) Généralités	15
2) Types d'actes réalisés.....	16
3) Moyens utilisés dans les situations d'allophonie, bénéfices et difficultés	17
III. Formation des étudiants et sages-femmes.....	21
1) Formation initiale.....	21
2) Formation continue	22
Discussion	24
I. Principaux résultats.....	24
II. Forces et limites	26
III. Comparaison à la littérature	27
Conclusion	31
Annexes	32
Annexe 1 : Questionnaire	32
Annexe 2 : Lettre d'information	39
Annexe 3 : Guide d'utilisation de l'interprétariat pour les sages-femmes	
libérales des pays de la Loire	40
Bibliographie	41
Table des tableaux.....	45
Résumé	46
Abstract	46

INTRODUCTION

L'allophonie est une situation dans laquelle une personne a pour langue maternelle une autre langue que celle du territoire sur laquelle elle se trouve. Selon un rapport de l'Organisation Internationale de la Francophonie en 2022, 3% de la population française n'est pas francophone soit 2 114 000 personnes. Cette population tend à augmenter notamment avec les flux migratoires (en 2023 : 347 000 immigrés arrivent en France.). Depuis les années 2000, le nombre de personnes qui quittent leur pays d'origine pour s'installer en France croît plus rapidement que celui de la population française totale. (1 – 3)

Dans le Grand Ouest, une augmentation rapide de la part des immigrés est constatée entre 2006 et 2021 par l'Observatoire de l'Immigration et de la Démographie. Cette part a été multipliée par deux environ pour les villes du Mans, Brest et Caen. Les régions du Grand Ouest comptaient jusqu'alors parmi les moins concernées par l'immigration. (4)

Selon une étude de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), menée en 2019 et 2020, environ 50% des immigrés entre 18 et 59 ans maîtrisent peu voire pas du tout le français à leur arrivée en France. Ces chiffres montrent une part non négligeable de personnes allophones en France. (5)

Une communication efficace est une communication comprise par les deux participants. En cas d'incompréhension dans le domaine de la santé, il existe un risque d'erreurs et donc un risque d'insécurité pour le patient. Plusieurs outils sont utilisés par les professionnels de santé afin de surmonter la barrière linguistique avec les patients : (6 – 7)

- les interprètes (professionnels ou non)
- une langue tierce (parlée par le professionnel de santé et le patient)
- les sites de traductions en ligne comme Traducmed (créé par un médecin) (8)
- les outils visuels (pictogrammes : application Médipicto, schémas) (9)
- les lexiques

- les gestes et mimes.

La HAS (Haute Autorité de santé) recommande l'interprétariat professionnel pour prendre en charge les patients avec une barrière de la langue mais « 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. ». (10)

Dans le référentiel métier et compétences des sages-femmes, il est indiqué que la sage-femme doit « recueillir le consentement pour tous les examens nécessaires », « s'assurer du niveau de compréhension de la patiente », « inviter à exprimer le motif de consultation et ses attentes ». Lorsqu'une patiente est allophone, la barrière de la langue peut alors être un obstacle à la bonne réalisation de ces impératifs. (11)

Une étude quantitative menée en 2018 et 2019 auprès des sages-femmes réalisant des consultations prénatales au CHU d'Angers montre que dans 53,5% (23/43) des consultations les sages-femmes rapportaient avoir eu des difficultés avec les moyens de communication utilisés. Elles rapportent également que « Le déroulement de la consultation était impacté par la situation d'allophonie dans 33 cas sur 43 (soit 76,6%) » (12). Concernant l'exercice des sages-femmes en suites de naissance, une étude qualitative menée en 2017 au CHRU de Nancy a mis en avant que les sages-femmes utilisaient principalement GoogleTranslate[®] ou une tierce personne pour traduire. Les sages-femmes interrogées « 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. ». (13)

Les sages-femmes territoriales ou sages-femmes de PMI (Protection Maternelle et Infantile) travaillent au sein d'une équipe pluridisciplinaire gérée par les départements et ont pour missions d'assurer sur le territoire une prévention médico-psycho-sociale des femmes et des familles. Elles réalisent, à domicile ou au centre de PMI, le suivi de grossesse et du postpartum, de l'éducation à la santé, le dépistage de vulnérabilités, l'orientation vers divers professionnels selon les besoins (médicaux, sociaux,

psychologiques)... Elles assurent un suivi de proximité, gratuit pour les patientes et sans avance de frais. Les consultations à domicile permettent de suivre des familles éloignées des systèmes de soins et de prendre en compte les conditions de vie des familles (logement, précarité...). Le Code de la Santé Publique précise que les sages-femmes de PMI doivent tenir compte « prioritairement [...] de l'existence de population vulnérable ». La HAS évoque que l'« isolement géographique, familial ou social, [la] précarité, [la] méconnaissance du système de santé, [les] difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique » sont des situations de vulnérabilité. (14 – 16)

La question de recherche de ce mémoire était : comment les sages-femmes de PMI du Grand Ouest surmontent-elles la barrière de la langue avec les patientes allophones ?

L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques et les éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes de PMI du Grand Ouest lors de la prise en charge de patientes allophones.

MATERIEL ET METHODE

I. SCHEMA D'ETUDE

Cette étude quantitative, observationnelle et descriptive a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire rempli par des sages-femmes de PMI du Grand Ouest entre le 9 février 2026 et le 1^{er} avril 2026.

II. MATERIEL

1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion incluait les sages-femmes :

- Exerçant actuellement en PMI,
- Exerçant depuis au moins un an en PMI,
- Exerçant dans le Grand Ouest (Pays de La Loire, Bretagne, Normandie et Centre Val de Loire),
- Prenant en charge des patientes allophones.

2) Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion ont permis de ne pas inclure les sages-femmes :

- Libérales ou hospitalières,
- N'exerçant plus en PMI,
- Exerçant depuis moins d'un an en PMI,
- Exerçant en dehors du Grand Ouest,
- Ne prenant pas en charge de patientes allophones dans leur pratique.

3) Critères d'exclusion

Ont été exclues les sages-femmes n'ayant pas complété l'intégralité du questionnaire.

III. METHODE

1) Recueil des données

Un auto-questionnaire en ligne a été réalisé afin de recueillir les données nécessaires à l'étude. Ce questionnaire anonyme était à destination de la population source : les sages-femmes de PMI du Grand Ouest.

Le questionnaire comptait entre 25 et 40 questions en fonction des réponses données. 28 d'entre elles étaient des questions à réponse unique, 3 des questions à réponses multiples et 9 des questions permettaient une réponse en texte libre. Ces questions dont la réponse est libre étaient facultatives. Toutes les autres étaient obligatoires pour poursuivre le test et marquées d'un astérisque. Le formulaire a été conçu pour s'arrêter automatiquement lorsqu'une réponse donnée correspondait à un critère de non-inclusion.

Le questionnaire était divisé en 3 parties :

- Caractéristiques générales
- Pratiques professionnelles
- Formation des étudiants et sages-femmes

Le questionnaire (Annexe 1) a été diffusé auprès de la population source par le biais d'emails adressés aux référents de PMI des départements, aux secrétariats des PMI, à certains conseils départementaux ou bien directement aux sages-femmes. Il a été envoyé une première fois le 9 février 2026, puis deux relances ont été effectuées. Une première relance deux semaines après l'envoi initial puis une seconde trois semaines ensuite. Une lettre d'information se trouvait au début du formulaire. (Annexe 2)

Pour la création du questionnaire, le recueil des réponses de l'échantillon et la récupération des données, le logiciel LimeSurvey® a été utilisé.

2) Méthode d'analyse

L'analyse statistique des données était descriptive, les variables quantitatives donnant des effectifs et des fréquences (proportions, en pourcentages). Certaines variables qualitatives, issues des réponses libres du questionnaire, ont également été traitées avec la même méthode après regroupement et comptabilisation des réponses similaires. D'autres variables

qualitatives ont été étudiées sans analyse statistique pour étayer les résultats de l'étude.

Les données recueillies ont été analysées statistiquement avec le logiciel Microsoft Excel®.

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE

La population source de l'étude était composée de 181 sages-femmes de PMI exerçant dans le Grand Ouest. Le taux de participation au questionnaire était de 73,33% (132/181). 8 sages-femmes n'ont pas été incluses et 15 ont été exclues car les questionnaires étaient incomplets. 109 questionnaires ont donc été analysés soit un échantillon de 60,22% (109/181) des sages-femmes de la population source.

Les caractéristiques des sages-femmes de PMI de l'étude sont répertoriées dans le tableau suivant : (Tableau 1)

Tableau 1: Caractéristiques des sages-femmes de PMI du Grand Ouest de l'échantillon

	N = 109	%		
Genre				
Féminin	109	100,00		
Masculin	0	0,00		
Age (années)				
18 - 29	1	0,92		
30 - 39	20	18,35		
40 - 49	35	32,11		
50 - 59	41	37,61		
> 59	12	11,01		
Année du diplôme				
< 1985	1	0,92		
1985 - 1994	35	32,11		
1995 - 2004	36	33,02		
2005 - 2014	24	22,02		
2015 - 2025	13	11,93		
Durée d'exercice en PMI (années)				
1 - 3	19	17,43		
4 - 5	13	11,93		
> 5	77	70,64		
Département d'exercice	N = 109	%	N source = 181	% (N/N source)
14 : Calvados	4	3,68	7	57,14
18 : Cher	5	4,59	6	83,33
22 : Côtes d'Armor	6	5,50	11	54,55
27 : Eure	3	2,75	7	42,86
28 : Eure-et-Loir	8	7,35	9	88,89
29 : Finistère	7	6,42	11	63,64
35 : Ille-et-Vilaine	7	6,42	13	53,85
36 : Indre	0	/	0	/
37 : Indre-et-Loire	8	7,35	9	88,89
41 : Loir-et-Cher	3	2,75	5	60,00
44 : Loire Atlantique	11	10,09	15	73,33
45 : Loiret	3	2,75	6	50,00
49 : Maine et Loire	6	5,50	12	50,00
50 : Manche	5	4,59	13	38,46
53 : Mayenne	2	1,83	6	33,33
56 : Morbihan	7	6,42	9	77,78
61 : Orne	2	1,83	3	66,67
72 : Sarthe	3	2,75	6	50,00
76 : Seine-Maritime	12	11,01	25	48,00
85 : Vendée	7	6,42	8	87,50

N source : Effectif total des sages-femmes de PMI par département (effectif source par département) ;

% N/N source : Pourcentage de sages-femmes incluses dans l'étude par département

Pour 98,17% (107/109) des sages-femmes de l'étude, le français était leur langue maternelle, pour 0,92% (1/109) il s'agissait du vietnamien. Une sage-femme n'a pas communiqué sa langue maternelle soit 0,92% (1/109).

28,44% (31/109) des sages-femmes déclaraient parler couramment au moins une autre langue que leur langue maternelle :

- Dans 96,77% (30/31) des cas, il s'agissait de l'anglais ; dans 16,13% (5/31) de l'allemand ; dans 3,23% (1/31) de l'espagnol, tout comme l'amharique (langue d'Éthiopie) et l'italien.
- 100,00% (31/31) des sages-femmes parlant couramment une autre langue disaient l'utiliser dans leur pratique professionnelle en PMI.
- 35,48% (11/31) n'avaient jamais servi d'interprète auprès de collègues alors que c'était le cas pour 64,52% (20/31) d'entre elles. 25,00% (5/20) le réalisaient plusieurs fois par mois ; 15,00% (3/20) une fois par mois ; 45,00% (9/20) moins d'une fois par mois et 15,00% (3/20) moins d'une fois par an.

II. PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUPRES DES PATIENTES ALLOPHONES

1) Généralités

Pour 56,88% (62/109) des sages-femmes, la file active de patientes allophones était de 1 à 9 patientes par mois. (Tableau 2)

Tableau 2 : Effectifs totaux et effectifs de patientes allophones prises en charge mensuellement par les sages-femmes de l'étude

	N = 109	%
Patientes/mois		
1 - 19	26	23,85
20 - 39	49	44,95
40 - 59	26	23,85
60 - 79	4	3,68
80 - 100	3	2,75
> 100	1	0,92
Patientes allophones/mois		
1 - 9	62	56,88
10 - 19	29	26,61
20 - 29	11	10,09
30 - 39	6	5,50
40 - 49	0	0,00
50 - 59	0	0,00
60 - 70	1	0,92
> 70	0	0,00

Les sages-femmes ont été interrogées sur la satisfaction concernant leur prise en charge globale des patientes allophones sur une échelle de 0 à 10 (0 correspondant à « pas du tout satisfaite » et 10 à « très satisfaite »). La réponse médiane était une satisfaction évaluée à 6 sur 10. 11,01% (12/109) avaient qualifié leur satisfaction entre 0 et 3, 53,21% (58/109) entre 4 et 6 et 35,78% (39/109) entre 7 et 10.

La question « Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge des patientes allophones » a été posée à toutes les sages-femmes de l'étude. Pour 83,49% (91/109) des professionnelles, des difficultés étaient rencontrées. Les différentes difficultés ont été exposées dans la suite de cet écrit.

2) Types d'actes réalisés

Quel que soit le type d'acte, les sages-femmes qui le considéraient « plutôt difficile » voire « difficile » sont au minimum 52,08% (50/96), valeur correspondant au suivi de grossesse.

Sur les 109 sages-femmes de l'étude, 11,01% (12/109) réalisaient de la rééducation du périnée dans leur pratique. Pour 100,00 % (12/12) d'entre elles la réalisation de cette activité était plutôt difficile ou difficile lors de la prise en charge des patientes allophones. (Tableau 3)

Tableau 3 : Caractérisation par les professionnelles de l'aisance de leur pratique des différents types d'actes lors de la prise en charge des patientes allophones

Actes avec patientes allophones			Facile		Plutôt facile		Plutôt difficile		Difficile	
	N total	% total	N	%	N	%	N	%	N	%
Suivi de grossesse	96	88,07	10	10,42	36	37,50	36	37,50	14	14,58
Entretiens prénataux et/ou postnataux	108	99,08	1	0,93	9	8,33	51	47,22	47	43,52
Préparation à la naissance et à la parentalité	103	94,50	3	2,91	10	9,71	45	43,69	45	43,69
Suivi postnatal (mères et nouveaux-nés)	93	85,32	4	4,30	34	36,56	42	45,16	13	13,98
Rééducation périnéale	12	11,01	0	0,00	0	0,00	3	25,00	9	75,00
Suivi gynécologique	82	75,23	0	0,00	15	18,29	41	50,00	26	31,71
Prévention	104	95,41	0	0,00	19	18,27	47	45,19	38	36,54
Recueil du consentement libre et éclairé	102	93,58	3	2,94	15	14,71	38	37,25	46	45,10

N total : Effectif des sages-femmes réalisant l'acte dans leur pratique professionnelle parmi les 109 sages-femmes de l'étude

% total : Pourcentage des sages-femmes réalisant l'acte dans leur pratique professionnelle parmi les 109 sages-femmes de l'étude

% : Pourcentage des sages-femmes parmi les sages-femmes réalisant l'acte (N total)

3) Moyens utilisés dans les situations d'allophonie, bénéfices et difficultés

Les sages-femmes de PMI interrogées utilisaient plusieurs moyens différents pour prendre en charge les patientes allophones. De manière générale, 90,83% (99/109) des professionnelles utilisent un outil de traduction en ligne. (Tableau 4)

Tableau 4: Description des pratiques des sages-femmes interrogées pour prendre en charge les patientes allophones

	N	%
Pratiques pour la PEC des patientes allophones *	N = 109	
Utilisation du français	53	48,62
Utilisation d'une langue tierce	68	62,39
Interprétariat professionnel	40	36,70
Interprète non professionnel	95	87,16
Gestes, mimes	80	73,39
Photos, images, pictogrammes	86	78,90
Outil de traduction en ligne	99	90,83
Autres	0	0,00

* : plusieurs réponses possibles

a) Interprétariat professionnel

A la question « Selon vous, que recommande en priorité la HAS pour prendre en charge les patients avec une barrière de la langue ? », 70,64% (77/109) des sages-femmes avaient coché la réponse attendue : « interprétariat professionnel ». (Tableau 5)

Sur les 109 sages-femmes de l'étude, 56,88% (62/109) avaient accès à un service d'interprétariat, 37,62% (41/109) n'y avaient pas accès et 5,50% (6/109) ne savaient pas si elles y avaient accès ou non. La fréquence d'utilisation du service d'interprétariat ainsi que la commodité d'utilisation selon les sages-femmes ont été détaillées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Connaissances des sages-femmes sur les recommandations HAS pour la PEC (prise en charge) en cas de barrière linguistique et utilisation de l'interprétariat professionnel par les professionnelles (fréquence et commodité)

	N	%
Recommandations HAS pour la PEC en cas de barrière de la langue selon les SF *	N = 109	
Langue tierce utilisée	17	15,60
<u>Interprétariat professionnel (réponse attendue)</u>	77	70,64
Interprétariat non professionnel	7	6,42
Gestes, mimes	7	6,42
Photos, pictogrammes	33	30,28
Traducteur en ligne	16	14,68
Ne sait pas	29	26,61
Fréquence d'utilisation du service d'interprétariat (selon SF ayant accès au service)	N = 62	
Toujours	1	1,61
Souvent	12	19,35
Rarement	40	64,52
Jamais	9	14,52
Commodité de l'utilisation du service d'interprétariat (selon SF utilisant le service)	N = 53	
Facile	8	15,09
Plutôt facile	10	18,87
Plutôt difficile	28	52,83
Difficile	7	13,21

* : plusieurs réponses possibles

Concernant l'utilisation d'un service d'interprétariat professionnel, 28,44% (31/109) des sages-femmes avaient rédigé un commentaire libre :

- Les bénéfices mentionnés, une fois chacun soit 1/31 (3,23%), étaient :
 - Le confort du service pour le professionnel de santé bénéficiaire ;
 - La facilité à joindre un interprète par téléphone ;
 - Le nombre important de langues différentes disponibles.

- Des freins à l'utilisation de l'interprétariat ont également été notifiés :
 - 19/31 (61,29%) commentaires évoquaient la nécessité d'organiser et d'anticiper les rendez-vous avec l'interprète à l'avance ce qui n'était pas toujours réalisable (visites à domicile, rendez-vous imprévus ou besoin d'un interprète non identifié avant une PEC par exemples) ;
 - 16/31 (51,61%) abordaient un budget dédié inexistant ou insuffisant pour accéder au service aussi souvent que nécessaire ;
 - 5/31 (16,13%) disaient devoir passer par des procédures ou formalités administratives complexifiant l'accès au service (demande à faire à un supérieur ou au département, justifications...) ;
 - 4/31 (12,90%) évoquaient une communication plus difficile avec certaines patientes lorsque l'interprète est un homme ;
 - 2/31 (6,45%) exprimaient un doute sur la qualité et la fiabilité de la traduction effectuée par l'interprète et un temps limité avec l'interprète ;
 - Un commentaire : 1/31 (3,23%) a également notifié : la réticence de certaines patientes au recours à un interprète inconnu, des dialectes indisponibles dans le service d'interprétariat, une difficulté à aborder certains sujets en présence d'un interprète (violences, aspect émotionnel, sexualité, informations confidentielles...).

Sur les 91 sages-femmes disant rencontrer des difficultés dans leur prise en charge des patientes allophones : 46,15% (42/91) d'entre elles avaient mentionné l'absence d'un service d'interprétariat professionnel et 40,66% (37/91) des finances insuffisantes pour accéder à l'interprétariat professionnel ou à des outils favorisant la communication.

b) Outils à disposition

Au sujet des outils dont disposent les sages-femmes pour la PEC des patientes allophones : 4,59% (5/109) étaient satisfaites, 44,95% (49/109) plutôt satisfaites, 46,79% (51/109) peu satisfaites et 3,67% (4/109) n'étaient pas du tout satisfaites.

Sur les 91 sages-femmes disant rencontrer des difficultés dans leur prise en charge des patientes allophones : 40,66% (37/91) évoquaient un manque de connaissances sur les outils disponibles et leur utilisation et 25,27% (23/91) l'absence d'outils pour favoriser la communication (pictogrammes, traducteurs...) en dehors de l'interprétariat. Une autre difficulté avait été notifiée : l'utilisation de traducteurs en ligne pas toujours fiables.

Plusieurs professionnelles ont fait des remarques et suggestions en commentaire libre :

- Des améliorations possibles ont été notifiées concernant les traducteurs en ligne existants (possibilité de lecture du texte traduit, traduction vocale, extension du nombre de langues disponibles).
- Le souhait de bénéficier d'outils iconographiques (pictogrammes, photos...) a également été émis par plusieurs personnes.
- Certaines sages-femmes avaient mentionné qu'elles créaient leurs propres outils (pictogrammes, dessins, textes traduits...) ;
- Une sage-femme a évoqué avoir accès à une nouvelle application depuis peu : « TradEmploi » qui selon elle « semble assez facile d'utilisation, pratique et fiable ».

c) Temps disponible

Les sages-femmes ont été interrogées sur le temps disponible pour prendre en charge les patientes allophones : 20,18% (22/109) le trouvaient toujours suffisant, 59,63% (65/109) souvent suffisant, 18,35% (20/109) rarement suffisant et 1,84% (2/109) jamais suffisant. 3,67% (4/109) des professionnelles évoquaient en commentaire pouvoir organiser leur agenda et ainsi adapter le temps des consultations comme elles le souhaitent.

Sur les 91 sages-femmes disant rencontrer des difficultés dans leur prise en charge des patientes allophones : 31,87% (29/91) avaient notifié un manque de temps disponible. Une sage-femme avait notamment précisé en commentaire que la prise en charge des difficultés économiques et sociales des patientes était chronophage.

d) Autres difficultés

En plus des difficultés déjà abordées précédemment, certaines sages-femmes ont mentionné une incertitude quant à la compréhension mutuelle entre la patiente et la sage-femme ainsi qu'une barrière culturelle parfois associée à la barrière de la langue.

III. FORMATION DES ETUDIANTS ET SAGES-FEMMES

1) Formation initiale

a) Formation sur la barrière de la langue

Parmi les sages-femmes de l'étude, 75,23% (82/109) disaient ne pas avoir reçu de formation initiale sur le sujet de la barrière linguistique. Pour les 27 autres professionnelles, 77,78% (21/27) avaient reçu une formation peu importante d'une durée de 2 heures au maximum. La question « La formation initiale concernant l'allophonie ou la barrière linguistique que vous avez reçue a-t-elle été utile pour votre pratique en PMI ? » avait été posée à ces 27 sages-femmes. (Tableau 6)

Tableau 6 : Caractéristiques de la formation initiale des sages-femmes concernant la barrière linguistique

	N=109	%
Formation initiale sur la barrière linguistique reçue		
Oui	1	0,92
Plutôt oui	1	0,92
Plutôt non	25	22,93
Non	82	75,23
Durée de la formation (en heures)		
	N=27	
<1	13	48,15
1-2	8	29,63
3-4	3	11,11
5-6	1	3,70
7-8	2	7,41
>8	0	0,00
Formation considérée utile pour la pratique en PMI par les sages-femmes		
	N=27	
Oui	2	7,41
Plutôt oui	3	11,11
Plutôt non	12	44,44
Non	10	37,04

b) Cours de langues

A la question « Dans votre formation initiale, avez-vous reçu des cours de langues ? », 62,39% (68/109) des sages-femmes avaient répondu « non ». Dans leur formation initiale, les professionnelles de l'étude avaient reçu des cours d'anglais pour 30,28% (33/109) d'entre elles, d'anglais médical pour 6,42% (7/109) et d'espagnol pour 0,92% (1/109).

Les 41 sages-femmes ayant eu des cours de langues pendant leur formation initiale ont répondu à la question suivante : « Ces cours de langue(s) vous ont-ils été utiles pour votre pratique en PMI ? ». Les réponses obtenues étaient :

- « Oui » pour 21,96% (9/41) ;
- « Plutôt oui » pour 14,63% (6/41) ;
- « Plutôt non » pour 39,02% (16/41) ;
- Et « Non » pour 24,39% (10/41).

c) Souhaits et suggestions des sages-femmes interrogées

12 professionnelles ont ajouté un commentaire libre concernant la formation initiale des sages-femmes. 66,67% (8/12) avaient formulé le souhait que le sujet des différences culturelles soit abordé en formation initiale et 41,67% (5/12) pour le sujet de la barrière linguistique. 25,00% (3/12) des commentaires mentionnaient qu'il faudrait sensibiliser les étudiants aux outils (iconographiques notamment) qui peuvent aider à surmonter la barrière de la langue. Certaines évoquaient l'importance de cours d'anglais tandis que d'autres disaient qu'ils étaient peu utiles dans la pratique car la langue est « peu maîtrisée par les patientes ».

2) Formation continue

Concernant la formation continue des sages-femmes :

- 11,93% (13/109) des professionnelles interrogées disaient avoir suivi une formation sur la barrière linguistique. Il s'agissait notamment de formations d'anglais, sur l'interculturalité ou bien de formations auprès d'associations (accompagnant des personnes étrangères ou l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales).

- 83,49% (91/109) avaient émis le souhait d'être formées davantage sur les sujets de l'allophonie et de la barrière linguistique. 25 sages-femmes avaient précisé les sujets qui les intéresseraient :
 - Des cours de langues (anglais, arabe et autres) adaptés à la profession de sage-femme (médical, périnatalité, émotions, psychologie, violences...) pour 10 d'entre elles soit 40,00% ;
 - L'interculturalité pour 7 sages-femmes 28,00% ;
 - Outils et supports non linguistiques adaptés à la périnatalité et utilisables pour prendre en charge une patiente lorsqu'il y a une barrière linguistique pour 6 d'entre elles soit 24,00% ;
 - Appréhender l'aspect émotionnel et psychologique avec une patiente allophone (contexte de grossesse, dépression du post-partum...) pour 4 professionnelles soit 16,00% ;
 - La communication de manière générale pour une sage-femme soit 4,00%.

DISCUSSION

I. PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude a mis en avant les difficultés rencontrées par les sages-femmes de PMI du Grand Ouest dans la prise en charge des patientes allophones. 83,49% (91/109) des professionnelles disaient rencontrer des difficultés pour prendre en charge les patientes allophones. Ces difficultés étaient rencontrées dans tous les types d'actes réalisés par les sages-femmes de PMI, comme le montre largement le tableau 3. En effet, quel que soit l'acte, il était considéré comme « plutôt difficile » ou « difficile » par la majorité des sages-femmes : au minimum 52,08% (50/96). Cette valeur, la plus basse, concernait le suivi de grossesse. Pour les autres actes, ils étaient considérés comme plutôt difficiles et difficiles pour 81,71% (67/82) à 100,00% (12/12) des professionnelles. La valeur de 100,00% concernait la rééducation du périnée. L'utilisation d'images mentales précises (exemples : pont levis, portes d'ascenseur) souvent utilisées pour guider les contractions volontaires du périnée pourrait expliquer la difficulté à conduire des séances de rééducation puisqu'il est probablement compliqué de traduire clairement et en temps réel ces images mentales. De plus, la présence physique ou téléphonique d'un interprète (personnel ou professionnel) ne serait probablement pas un moyen pertinent pour surmonter la barrière linguistique devant l'intimité que requiert la rééducation. Les pictogrammes, dessins et mimes ne semblent également pas adaptés, ce qui pourrait expliquer cette particulière difficulté.

Ensuite, l'étude a montré que plus d'un quart des sages-femmes soit 26,61% (29/109) ne connaissaient pas du tout les recommandations HAS pour la prise en charge en cas de barrière de la langue. Plus des deux tiers : 70,64% (77/109) ont bien cité l'interprétariat professionnel comme étant prioritairement recommandé, mais d'autres pratiques ont souvent été cochées également (question à choix multiples).

Malgré les recommandations de l'HAS, cette étude a mis en avant un taux d'accès à l'interprétariat professionnel assez faible puisque seulement, 56,88% (62/109) des professionnelles disaient y avoir accès. Certaines sages-femmes ne savaient pas si elles y avaient accès, c'est le cas pour

5,50% (6/109) des professionnelles. De plus, parmi les sages-femmes qui pouvaient y accéder, la plupart l'utilisaient rarement : dans 64,52% (40/62) voire jamais dans 14,52% (9/62). Seulement 19,35% (12/62) l'utilisaient souvent et 1,61% (1/62) toujours. Cette rare utilisation pourrait s'expliquer par une utilisation du service d'interprétariat difficile. En effet, les sages-femmes ayant déjà utilisé le service à leur disposition estimaient son utilisation plutôt difficile voire difficile dans la majorité des cas soit respectivement pour 52,83% (28/53) des professionnelles et 13,21% (7/53). Les principales difficultés évoquées par les sages-femmes pour utiliser l'interprétariat étaient la nécessité d'anticiper les rendez-vous avec un interprète, des finances insuffisantes pour accéder au service, des formalités administratives complexifiant l'accès et une communication plus difficile avec certaines patientes lorsque l'interprète est un homme.

Concernant les outils en dehors de l'interprétariat professionnel, 40,66% (37/91) des sages-femmes qui disaient rencontrer des difficultés pour prendre en charge les patientes allophones évoquaient un manque de connaissances sur les outils disponibles et leur utilisation. Aussi, une absence d'outils pour favoriser la communication étaient notifiée dans 25,27% (23/91) des cas. La méconnaissance des outils suggère un défaut d'information concernant les outils utilisables au sein de la PMI des différents départements et pourrait également être liée à une formation insuffisante sur la barrière linguistique. En effet, seulement deux professionnelles répondaient « oui » ou « plutôt oui » à la question leur demandant si elles avaient reçu une formation initiale sur le sujet de la barrière de la langue, soit 2/109 (1,84%). La plupart des sages-femmes, soit 83,49% (91/109), avaient émis le souhait d'être formées davantage sur la thématique.

Pour terminer, cette étude a montré que la barrière culturelle associée à la barrière linguistique peut également s'avérer être un frein dans la prise en charge des patientes allophones. En effet, 28,00% (7/25) des professionnelles ayant laissé un commentaire libre concernant la formation continue évoquaient spontanément le souhait d'être formées sur l'interculturalité. La perception du corps, les habitudes pendant la grossesse et les soins du nouveau-nés par exemples peuvent différer selon les cultures

et pourraient peut-être compliquer la prise en charge des patientes en cas de méconnaissance ou d'incompréhension.

II. FORCES ET LIMITES

Une des forces de cette étude concerne son taux de participation puisque 73,33% (132/181) des sages-femmes de PMI du Grand Ouest ont complété le questionnaire. Un échantillon de 60,22% (109/181) des questionnaires a pu être analysé. Pour chaque département, la part de sages-femmes incluses dans l'étude est en moyenne de 61,49% ce qui permet de favoriser la représentativité de l'étude.

Ensuite, à ce jour, il n'existe pas dans la littérature scientifique d'étude qui s'intéresse à la prise en charge des patientes allophones spécifiquement par les sages-femmes de PMI. Cette étude est donc la première à traiter le sujet.

Cependant cette étude présente des limites.

Concernant l'analyse des connaissances des sages-femmes sur la recommandation prioritaire de la HAS pour la prise en charge des patients avec une barrière de la langue, la question était à choix multiples mais une seule réponse était attendue. La façon dont la question a été conçue a pu engendrer un biais d'information. Les participantes ont pu penser que plusieurs réponses étaient attendues et donc modifier leur réponse en conséquence.

Un autre biais d'information concerne le sujet de l'interprétariat. Aucune des sages-femmes n'a évoqué dans les commentaires libres le recours à un interprétariat non professionnel (avec un proche de la patiente). Peut-être qu'une question sur ce type d'interprétariat précisément aurait permis de connaître les bénéfices et inconvénients dans la pratique des professionnelles qui y ont recours.

Un biais de participation peut également être mentionné. En effet, les sages-femmes ayant participé à l'étude sont probablement celles qui portent le plus d'intérêt à la thématique de l'étude ou celles qui éprouvent le plus de difficultés et souhaitent le transmettre.

Un biais de confusion peut également être évoqué. La barrière culturelle est un facteur pouvant interférer dans la prise en charge et provoquer des

incompréhensions et difficultés qui ne sont pas toujours attribuables à l'allophonie.

Également, même si certaines sages-femmes ont abordé la thématique de la prise en charge psycho-sociale des patientes, il aurait pu être intéressant d'aborder cette thématique plus précisément avec une question dédiée pour recueillir plus de données.

Pour terminer, cette étude a selon la HAS le plus faible niveau de preuve (Grade C, Niveau 4) puisqu'il s'agit d'une étude descriptive. (17)

III. COMPARAISON A LA LITTERATURE

D'autres études s'intéressent à la thématique de la barrière de la langue en particulier en milieu hospitalier dans les maternités.

Une étude qui traite le sujet de la prise en charge des patientes allophones en consultations prénatales programmées et d'urgence au CHU d'Angers entre 2018 et 2019 montre que « Le déroulement de la consultation était impacté par la situation d'allophonie dans 33 cas sur 43 (soit 76,6%) ». (12) Cela concorde avec les résultats de notre étude où pour plus de trois-quarts des sages-femmes des difficultés sont rencontrées dans les situations d'allophonie.

Concernant l'accès difficile à l'interprétariat professionnel, une étude qualitative de 2017 menée au CHRU de Nancy interrogeait des sages-femmes qui « 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. » (13). Comme dans notre étude, des freins à l'utilisation de l'interprétariat professionnel sont mentionnés : le coût du service et une justification des demandes.

Concernant le retentissement de la barrière linguistique sur la PEC des patientes, une étude a été réalisée entre 2010 et 2012 dans quatre CHU de Paris. Elle démontre des suivis prénataux inadéquats plus fréquents pour les femmes migrantes avec une barrière de la langue que chez les femmes migrantes sans barrière de la langue. Par exemple, le début du suivi de grossesse après 14 semaines de grossesse concerne 18,6% des femmes

migrantes sans barrière de la langue. Cette valeur est élevée à 23,6% pour celles avec une barrière de la langue partielle et 24,9% pour celles avec une barrière totale. Cette étude traduit bien l'impact de la situation d'allophonie sur la prise en charge des patientes et sa qualité. (18)

Une étude menée dans deux maternités des Hauts de France entre 2022 et 2023 nous apporte une vision différente de la prise en charge des patientes allophones en questionnant directement des patientes arabophones concernant leur vécu de la prise en charge obstétricale. Divers moyens ont été mis en œuvre par les patientes pour pallier la barrière linguistique : présence d'un proche pour traduire (ou par appel téléphonique), gestes, expressions faciales pour traduire une incompréhension, traduction via internet pendant une consultation ou en amont pour connaître des mots. Les limites concernant l'interprétariat non professionnel relevées par les patientes sont : des difficultés pour les proches à traduire des termes techniques, ne pas pouvoir dialoguer directement avec le soignant et le conjoint qui est présent aux consultations plutôt qu'au travail. La plupart des femmes expliquent que l'équipe soignante a pris le temps pour les prendre en charge afin qu'elles puissent comprendre au mieux. Divers moyens ont été utilisés par les soignants pour favoriser une bonne compréhension : une attention sur le choix des mots et la prononciation, s'assurer de la bonne compréhension de la patiente, explication du mot dans une autre situation pour le faire comprendre, des gestes et des photos. Aucune patiente de cette étude n'a bénéficié de l'interprétariat professionnel mais « plusieurs d'entre elles auraient souhaité la présence d'un interprète lors des rendez-vous. » Cependant, malgré les moyens mis en œuvre par les patientes et par les soignants, certaines femmes « ont exprimé leurs frustrations par rapport à la barrière linguistique, notamment liées à l'incompréhension. » (19)

Dans notre étude, 82,35% (84/102) des sages-femmes considèrent le recueil du consentement libre et éclairé comme « difficile » ou « plutôt difficile ». C'est également un point relevé par une étude qualitative menée auprès de sages-femmes hospitalières d'Ille-et-Vilaine en 2022 dans les services de suites de couche. Dans cette étude, des sages-femmes expliquent réaliser des actes sans avoir recueilli le consentement de la patiente allophone « pour ne pas engendrer une perte de chance pour la patiente ou

pour l'enfant ». Est également abordée la thématique de la prise en charge psycho-sociale qui est plutôt mise de côté par les sages-femmes devant les difficultés de communication. Les sages-femmes de cette étude indiquent réaliser souvent un relai vers la PMI pour la prise en charge sociale de ces patientes. (20) Notre étude montre cependant que les sages-femmes de PMI rencontrent de nombreuses difficultés pour prendre en charge ces patientes.

Dans toutes les régions du Grand Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Normandie et Centre Val de Loire), les ARS financent pour tous les professionnels de santé libéraux dont les sages-femmes libérales, un accès à l'interprétariat. Il s'agit du service ISM (Inter Service Migrants) Interprétariat. « Le service est mis à disposition gratuitement, accessible sans rendez-vous et utilisable de façon autonome après inscription. » (21 – 24 ; Annexe 3) A ce jour, le dispositif n'est pas profitable aux sages-femmes de PMI du Grand Ouest puisqu'elles ne font pas partie des professionnels libéraux. Nous pouvons espérer un élargissement de l'accès à l'ISM Interprétariat à tous les professionnels de santé, quels que soient leur statut, afin d'améliorer la prise en charge des patients allophones. Une mise en avant des services d'interprétariat disponibles pour les sages-femmes de PMI dans les départements ainsi qu'une simplification des démarches d'accès seraient probablement bénéfiques. En effet, cela pourrait sensibiliser les sages-femmes à l'existence des services et inciter les professionnelles à les utiliser. A Angers, l'ISM Interprétariat est un outil très utilisé par les professionnels à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et permet une meilleure prise en soin des patients allophones.

Une étude a cependant montré que malgré un accès simple et gratuit à l'interprétariat, des freins subsistent concernant son utilisation par les professionnels. En effet, Médecins du Monde, l'ARS de Nouvelle Aquitaine et l'association IMEDI ont mené le projet PRISME (Promotion de l'Interprétariat pour les Sages-femmes et les Médecins). Le but du projet était de faciliter l'accès et la qualité des soins des personnes non francophones. Pour cela, un accès à un service d'interprétariat dans plus de 60 langues a été proposé aux professionnels de santé libéraux inscrits. Le service gratuit pouvait être en présentiel ou téléphonique. Les professionnels de santé ont été sensibilisés à

l'utilisation du service. Pourtant, cette étude a montré que « malgré les inscriptions, peu de professionnels ont utilisés l'interprétariat ». (25-26)

Des outils existent pour pallier la barrière linguistique autant que possible, notamment des services d'interprétariat professionnels. Il semblerait important de faciliter leur accès à tous les professionnels dont les sages-femmes de PMI, que les structures fassent connaître les dispositifs existants et qu'elles sensibilisent les professionnels à leur utilisation. Même si, malgré tout, des freins à leur utilisation existent.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques et des éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes de PMI du Grand Ouest lors de la prise en charge de patientes allophones.

Cette étude met en évidence que la plupart des sages-femmes de PMI du Grand Ouest font face à de multiples difficultés dans la prise en charge des patientes allophones et ce malgré les différents moyens qu'elles mettent en œuvre pour pallier la barrière linguistique.

Malgré une recommandation de la HAS d'utiliser en priorité l'interprétariat professionnel dans les situations d'allophonie, seulement 56,88% des sages-femmes de l'étude y ont accès et celles qui l'utilisent sont rares. Pour cause, une absence de service d'interprétariat à disposition ou un accès coûteux, complexe et inadapté à la pratique des sages-femmes en PMI.

La plupart des sages-femmes de l'étude soit 83,49% souhaitent être formées davantage sur les questions de la barrière linguistique et des outils à utiliser dans leur pratique pour favoriser la communication. La barrière culturelle est également une thématique importante soulevée par les professionnelles de l'étude.

Une prise de conscience des difficultés des sages-femmes dans les situations d'allophonie est importante. Il est nécessaire que les professionnelles accèdent aux outils qui peuvent favoriser la communication (dont l'interprétariat professionnel) pour améliorer la qualité des soins aux patientes et à leur nouveaux-nés.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

I. Caractéristiques générales

- 1) Quel est votre genre ? * *(question à choix unique)*
 - Féminin
 - Masculin
 - Vous ne souhaitez pas répondre à cette question
- 2) Quel âge avez-vous ? * *(question à choix unique)*
 - 18 - 29 ans
 - 30 - 39 ans
 - 40 - 49 ans
 - 50 - 59 ans
 - > 59 ans
 - Vous ne souhaitez pas répondre à cette question
- 3) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? * *(question à choix unique)*
 - < 1985
 - 1985 – 1994
 - 1995 – 2004
 - 2005 – 2014
 - 2015 - 2025
- 4) Etes- vous en activité actuellement ? * *(question à choix unique)*
 - Oui
 - Non
- 5) Depuis combien de temps exercez-vous le métier de sage-femme en PMI ?
* *(question à choix unique)*
 - < 1 an
 - 1 an - 3 ans
 - 4 - 5 ans
 - > 5 ans
 - Vous n'exercez pas en PMI
- 6) Dans quel département exercez-vous ? * *(question à choix unique)*
 - 14 : Calvados
 - 18 : Cher
 - 22 : Côtes d'Armor
 - 27 : Eure
 - 28 : Eure-et-Loir
 - 29 : Finistère
 - 35 : Ille-et-Vilaine
 - 36 : Indre
 - 37 : Indre-et-Loire
 - 41 : Loir-et-Cher

- 44 : Loire Atlantique
- 45 : Loiret
- 49 : Maine et Loire
- 50 : Manche
- 53 : Mayenne
- 56 : Morbihan
- 61 : Orne
- 72 : Sarthe
- 76 : Seine-Maritime
- 85 : Vendée
- Autre département

7) Le français est votre langue maternelle ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Non
- Vous ne souhaitez pas répondre à cette question

→ Si non :

7.1) Quelle est votre langue maternelle ?
(réponse facultative)

8) Parlez-vous couramment une ou plusieurs autre(s) langue(s) ? *

(question à choix unique)

- Oui
- Non

→ Si oui

8.1) Laquelle ou lesquelles ?
(réponse facultative)

8.2) Utilisez-vous cette autre langue (ou ces autres langues) dans votre pratique professionnelle en PMI ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Non

8.3) Avez-vous déjà servi d'interprète auprès de certains collègues grâce à votre connaissance de cette/ces langue(s) ? *
(question à choix unique)

- Oui
- Non

→ Si oui :

8.4) A quelle fréquence en moyenne ? * *(question à choix unique)*

- < 1 fois / an
- < 1 fois / mois
- 1 fois / mois
- Plusieurs fois / mois
- Plusieurs fois / semaine
- Chaque jour

II. Pratiques professionnelles

9) Sur un mois, combien de patientes prenez-vous en charge en moyenne ? *

(question à choix unique)

- 1 – 19 patientes
- 20 – 39 patientes
- 40 – 59 patientes
- 60 – 79 patientes
- 80 – 100 patientes
- > 100 patientes

10) Une personne allophone est une personne qui n'a pas la langue maternelle du territoire sur lequel elle se trouve. Dans notre cas, en France, une personne est allophone lorsque sa langue maternelle n'est pas le français. Sur un mois, combien de patientes allophones prenez-vous en charge en

moyenne ? * *(question à choix unique)*

- 0 patiente
- 1 – 9 patiente(s)
- 10 – 19 patientes
- 20 – 29 patientes
- 30 – 39 patientes
- 40 – 49 patientes
- 50 – 59 patientes
- 60 – 70 patientes
- > 70 patientes

11) Lorsque vous prenez en charge une **patiente allophone**, comment qualifieriez-vous la réalisation de chaque acte de manière générale ? *

(une réponse par ligne)

Actes avec des patientes allophones	Facile	Plutôt facile	Plutôt difficile	Difficile	Vous ne réalisez pas cet acte dans votre activité
Suivi de grossesse					
Entretiens prénataux et/ou postnataux					
Préparation à la naissance et à la parentalité					
Suivi postnatal des patientes et de leurs nouveaux-nés					
Rééducation du périnée					
Suivi gynécologique (prévention, contraception, sexualité...)					
Prévention pendant ou en dehors de la grossesse (ex : toxoplasmose, vaccinations, alimentation, IST, etc...)					
Recueil du consentement libre et éclairé					

12) De manière générale, pour prendre en charge les patientes allophones, vous : *

(question à choix multiple)

- Parlez français
- Parlez une langue tierce (parlée par vous et la patiente)
- Utilisez un service d'interprétariat professionnel
- Echangez via une personne tierce qui sert d'interprète (ex : proche de la patiente présent ou par téléphone)

- Utilisez des gestes, des mimes
- Utilisez des photos, des images, des pictogrammes
- Utilisez un traducteur en ligne
- Autres :

13) Selon vous, que recommande **en priorité** la HAS pour prendre en charge les patients avec une barrière de la langue ? * *(question à choix multiple)*

- L'échange dans une langue tierce (parlée par le professionnel de santé et le patient)
- L'interprétariat professionnel
- L'interprétariat non professionnel (ex : proche du patient)
- L'utilisation de traducteur en ligne
- L'utilisation de gestes, mimes
- L'utilisation de pictogrammes et de photos
- Vous ne savez pas

14) La HAS recommande l'interprétariat professionnel pour prendre en charge un patient avec une barrière linguistique. Dans votre activité, avez-vous accès à un service d'interprétariat professionnel ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Non
- Vous ne savez pas

→ Si oui

14.1) Utilisez-vous ce service pour prendre en charge les patientes allophones ? * *(question à choix unique)*

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

14.2) L'utilisation de ce service est pour vous : *

(question à choix unique)

- Facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Difficile

14.3) Souhaitez-vous détailler votre réponse ?

(réponse facultative)

15) Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge des patientes allophones ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Non

→ Si oui

15.1) Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous généralement ? *

(question à choix multiple)

- Temps disponible insuffisant
- Absence de service d'interprétariat professionnel

- Absence d'outils pour favoriser la communication (hors interprétariat) : pictogrammes, traducteurs, etc...
- Finances ne permettant pas l'accès à des services ou outils favorisant la communication
- Manque de connaissances concernant les outils disponibles et leur utilisation pour améliorer la communication
- Autres :
.....

16) Concernant le temps disponible pour prendre en charge les patientes allophones (ex : durée de consultation à la PMI ou au domicile), vous le trouvez suffisant : * *(question à choix unique)*

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

17) Concernant les outils dont vous disposez pour prendre en charge les patientes allophones, vous êtes généralement : * *(question à choix unique)*

- Satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Peu satisfait(e)
- Pas du tout satisfait(e)

18) Pourquoi ? * *(réponse facultative)*

19) De 0 à 10 (0 = pas du tout satisfait(e) et 10 = très satisfait(e)), comment qualifieriez-vous votre prise en charge globale des patientes allophones ? * *(question à choix unique)*

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

20) Avez-vous des demandes, suggestions ou remarques concernant les moyens (à votre disposition ou non) pour prendre en charge les patientes allophones ? *(réponse facultative)*

.....

III. Formation des étudiants et sages-femmes

21) Concernant votre formation **initiale**, l'allophonie ou la barrière linguistique sont des sujets sur lesquels vous avez été formé(e) : *

(question à choix unique)

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

→ Si oui, plutôt oui et plutôt non :

21.1) De combien d'heures, environ, avez-vous bénéficié dans votre formation **initiale** sur ces sujets ? *

(question à choix unique)

- < 1 heure
- 1 – 2 heures
- 3 – 4 heures
- 5 – 6 heures
- 7 – 8 heures
- > 8 heures

21.2) La formation **initiale** concernant l'allophonie ou la barrière linguistique que vous avez reçue a-t-elle été utile pour votre pratique en PMI ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

22) Dans votre formation **initiale**, avez-vous reçu des cours de langues ? *

(question à choix unique)

- Oui
- Non

→ Si oui :

22.1) De quelle(s) langue(s) s'agit-il ? *(réponse facultative)*

22.2) Ces cours de langue(s) vous ont-ils été utiles pour votre pratique en PMI ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

23) Avez-vous reçu une formation sur l'allophonie ou la barrière linguistique dans le cadre de la formation **continue** ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Non

→ Si oui :

23.1) Laquelle ou lesquelles ? *(réponse facultative)*

24) Souhaiteriez-vous être formé(e) davantage sur les sujets de l'allophonie et de la barrière linguistique ? * *(question à choix unique)*

- Oui
- Non

→ Si oui :

24.1) Sur quel sujet(s) précisément ?*(réponse facultative)*

25) Avez-vous des suggestions ou des remarques concernant la formation des étudiants et sages-femmes sur les sujets de l'allophonie et de la barrière linguistique ? *(réponse facultative)*

Je vous remercie de votre participation à mon étude !

En cas d'interrogations, je me tiens à votre disposition :
justine.trouve@etud.univ-angers.fr / 06.24.00.20.42

ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme d'Angers.

Je vous invite à répondre à ce questionnaire dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Il vise à faire un état des lieux de la prise en charge des patientes allophones par les sages-femmes de PMI du Grand Ouest (Pays de la Loire, Bretagne, Normandie, Centre val de Loire). Les patientes allophones sont les patientes qui n'ont pas le français comme langue maternelle.

Ce questionnaire est anonyme et aucune donnée personnelle ne vous sera demandée. Il concerne les sages-femmes en activité exerçant en PMI dans le grand Ouest depuis au moins un an.

La durée estimée pour répondre aux **25 à 40** questions de ce questionnaire est de **5 à 10** minutes. Les questions dont la réponse est obligatoire sont marquées par un astérisque rouge. Il est précisé lorsque la réponse à la question est unique ou multiple.

En cas d'interrogations, ou de difficultés dans la réalisation du questionnaire, je me tiens à votre disposition.

Je vous remercie par avance pour l'attention portée à mon étude ainsi que pour votre participation.

Justine Trouvé

justine.trouve@etud.univ-angers.fr / 06.24.00.20.42

ANNEXE 3 : GUIDE D'UTILISATION DE L'INTERPRÉTARIAT POUR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES DES PAYS DE LA LOIRE

URPS SAGES-FEMMES PDL

INTERPRÉTARIAT

POUR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN PAYS DE LA LOIRE

L'Objectif ?

Rendre l'accès aux soins accessible à toutes personnes ne maîtrisant pas la langue française

Pour quelles consultations ?

Pour toutes les consultations notamment suivi de grossesse, gynécologiques, santé sexuelle...



Le service est gratuit pour les patients et les sages-femmes libérales des Pays de la Loire, grâce à un financement ARS

Les étapes pour utiliser le service d'interprétariat :

ÉTAPE 1

ADHÉREZ

Quelques jours en amont de votre consultation adhérez au Service d'interprétariat pour recevoir un code personnel en envoyant un mail à :

urpsf.pl@gmail.com

Avec : Nom - Prénom - Ville d'activité

ÉTAPE 2

ORGANISEZ VOTRE CONSULTATION

Une fois le code reçu :

- Notez les principaux points et les questions à aborder avec l'interprète
- Assurez un environnement propice sans bruit

Cette étape est optionnelle, l'appel peut se faire directement en consultation

ÉTAPE 3

LA MISE EN RELATION AVEC UN INTERPRÈTE

- Appelez le **01 53 26 52 62** soit pour programmer un rendez-vous ultérieur ou pour avoir accès à un interprète en quelques minutes
- Renseignez votre code d'utilisateur - votre nom (ainsi que votre prénom, fonction, numéro de téléphone professionnel s'il s'agit de la première fois)
- Renseignez la langue ou le dialecte dans lequel vous souhaitez un interprète



En cas de coupure, rappelez rapidement le **01 53 26 52 62**, pour être mis en ligne avec l'interprète

L'URPS est disponible pour toutes questions :

- Mail : urpsf.pl@gmail.com
- Téléphone : 06 03 96 97 78



Le code fourni après adhésion au service est strictement personnel



URPS Sages-femmes des Pays de la Loire
5 boulevard Vincent Gâche, 44200 Nantes
Téléphone : 06 03 96 97 78
Mail : urpsf.pl@gmail.com



Source : URPS sages-femmes Pays de La Loire. Interprétariat. [En ligne]. Date inconnue [cité le 12 mai 2026]. Disponible: <https://urps-sf-paysdelaloire.fr/interpretariat/>

BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire Le Robert. Allophone - Définitions, synonymes, prononciation, exemples. [En ligne]. [cité le 16 mars 2026]. Disponible: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/allophone>
2. Organisation Internationale de la Francophonie. Rapport La langue française dans le monde VF 2022.pdf [En ligne]. Gallimard; 2022. 369p. Disponible: https://www.francophonie.org/sites/default/files/2023-03/Rapport-La-langue-francaise-dans-le-monde_VF-2022.pdf
3. INSEE. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers. [En ligne]. 07 oct 2025 [cité le 1 avr 2026]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
4. Observatoire de l'Immigration et de la Démographie. L'immigration dans les territoires : quinze ans de bouleversement (2006 - 2021). [En ligne]. 26 sept 2024 [cité le 1 avr 2026]. Disponible: <https://observatoire-immigration.fr/immigration-dans-les-territoires/>
5. INSEE. Immigrés et descendants d'immigrés en France. Institut national de la statistique et des études économiques; 2023. 198p. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793258?sommaire=6793391>
6. Schyve PM. Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. J Gen Intern Med. nov 2007;22(Suppl 2):360-1.
7. Dray É, Ève K, Lalande F, Robert A, Lantheaume S. Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones. Santé Publique. 2022;34(6):783-93.

8. Dr Charles Vanbelle. Traducmed, outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants. [En ligne]. 2017 [cité le 27 oct 2025]. Disponible: <http://www.traducmed.fr/>
9. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Communication non-verbale patient/soignant (MediPicto). [En ligne]. 28 juill 2023 [cité le 27 oct 2025]. Disponible: <https://www.aphp.fr/medipicto>
10. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé; [cité le 29 sept 2024]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/en/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
11. CNP Maïeutique. Référentiel professionnel, situations cliniques et compétences. [En ligne]. 2024 [cité le 25 oct 2025]. Disponible: <https://www.cnp-maieutique.fr/images/pdf/cnp-sf-2024-referentiel.pdf>
12. Flavio R (direction : Pierrot B.). Identification par les sages-femmes des freins et leviers à la prise en charge des patientes allophones lors des consultations prénatales. [Mémoire]. Université d'Angers. 27 mai 2019 ; 31. Disponible: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20121364/2019MFASMA10134/fichier/10134F.pdf>
13. Sismondini M. 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]. Université de Lorraine. 2017 ; 48. Disponible: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870346v1/document>
14. Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales. Sage-Femme PMI : Fiche métier & référentiel. [En ligne]. 2026 [cité le 1 avr 2026]. Disponible: <https://www.ansft.org/sage-femme-pmi/fiche-metier-referentiel>

15. Code de la santé publique - Article R. 2112-1 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002419335

16. Haute Autorité de Santé. Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins. [En ligne]. 26 oct 2017 [cité le 25 oct 2025]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801473/en/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretes-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins

17. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - Etat des lieux. [En ligne]. Avril 2013 [cité le 10 mai 2026]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

18. Maxime Eslier, Catherine Deneux-Tharaux. Association between language barrier and inadequate prenatal care utilization among migrant women in the PreCARE prospective cohort study. *European journal of public health*. 2023;33(3):403-410

19. Karima Tarfousse (direction : ML. DENEFFE-DOBRZYNSKI). Vécu de la prise en charge obstétricale des patientes allophones arabophones. [Mémoire]. Université catholique de Lille. 2023 ; 50. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04903957v1/document>

20. Chloé Sebert (direction : C. GASQUET-BLANCHARD). Vécu des sages-femmes sur l'accompagnement des femmes allophones en suites de couches : étude qualitative menée auprès de sept sages-femmes des maternités d'Ille-et-Vilaine. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Rennes. 2022-2023 ; 66. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04609259v1/document>

21. ARS Bretagne. Accès à l'interprétariat en soins de ville. [En ligne]. 23 mars 2026 [cité le 12 mai 2026]. Disponible : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/acces-linterpretariat-en-soins-de-ville>

22. ARS Normandie. Interprétariat et médiation en santé. [En ligne]. 24 juin 2025 [cité le 12 mai 2026]. Disponible: <https://www.normandie.ars.sante.fr/interpretariat-et-mediation-en-sante>
23. URPS sages-femmes Pays de La Loire. Interprétariat. [En ligne]. Date inconnue [cité le 12 mai 2026]. Disponible: <https://urps-sf-paysdelaloire.fr/interpretariat/>
24. Fédération des URPS Centre Val de Loire. Interprétariat : un nouveau service pour améliorer la prise en charge des patients. [En ligne]. 28 nov 2023 [cité le 12 mai 2026]. Disponible: <https://fedeurps-centre.org/actualites/interpretariat-professionnel-un-nouveau-service-pour-ameliorer-la-prise-en-charge-des/>
25. Audrey Geoffroy, David Le Nechet. Améliorer l'accès aux soins pour les patients allophones grâce à l'interprétariat professionnel. Santé Publique. 2024 ; 36(1) : 116-116. Disponible: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2024-HS1-page-116?lang=fr>
26. AGIR33. Service Interprétariat : PRISME / Médecins du Monde. [En ligne]. Date inconnue [cité le 12 mai 2026]. Disponible: <https://www.refugies-gironde.fr/directories/service-interpretariat-prisme-medecins-du-monde/>

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des sages-femmes de PMI du Grand Ouest de l'échantillon 14

Tableau 2 : Effectifs totaux et effectifs de patientes allophones prises en charge mensuellement par les sages-femmes de l'étude 16

Tableau 3 : Caractérisation par les professionnelles de l'aisance de leur pratique des différents types d'actes lors de la prise en charge des patientes allophones... 17

Tableau 4 : Description des pratiques des sages-femmes interrogées pour prendre en charge les patientes allophones..... 17

Tableau 5 : Connaissances des sages-femmes sur les recommandations HAS pour la PEC en cas de barrière linguistique et utilisation de l'interprétariat professionnel par les professionnelles (fréquence et commodité)..... 18

Tableau 6 : Caractéristiques de la formation initiale des sages-femmes concernant la barrière linguistique 21

RESUME

État des lieux de la prise en charge des patientes allophones par les sages-femmes de PMI du Grand Ouest

Introduction : Le Grand Ouest connaît une augmentation rapide de la part des immigrés et donc des personnes allophones sur le territoire. Les soignants doivent alors faire face à la barrière linguistique dans leur prise en charge des patientes. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques et les éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes de PMI du Grand Ouest lors de la prise en charge de patientes allophones.

Matériel et méthode : Étude quantitative, observationnelle et descriptive, réalisée par un auto-questionnaire anonyme destiné aux sages-femmes de PMI du Grand Ouest. Étude réalisée entre le 9 février et le 1^{er} avril 2026.

Résultats et discussion : 109 sages-femmes incluses dans l'étude (taux de participation : 60,22%). 83,49% des sages-femmes rencontrent des difficultés pour prendre en charge les patientes allophones. Tous les actes sont considérés par la majorité des sages-femmes de PMI comme étant plutôt difficiles ou difficiles à cause de la barrière linguistique.

26,61% des sages-femmes interrogées ne connaissaient pas du tout les recommandations HAS en cas de barrière linguistique. Seulement 56,88% des professionnelles avaient accès à un service d'interprétariat professionnel et rares sont celles qui l'utilisaient. Les freins étant principalement : l'anticipation nécessaire des rendez-vous, un service coûteux, un accès difficile à cause de formalités administratives et une communication plus difficile parfois lorsque l'interprète est un homme. Les sages-femmes évoquaient aussi un manque de connaissance des outils disponibles et de leur utilisation ou bien une absence d'outil pour favoriser la communication dans 25,27% des cas.

83,49% des sages-femmes souhaitent être davantage formées concernant l'allophonie. Une formation sur l'interculturalité est également souhaitée.

Conclusion : Malgré les moyens mis en œuvre, les sages-femmes rencontrent des difficultés pour prendre en charge les patientes allophones. L'interprétariat qui est prioritairement recommandé par la HAS en cas de barrière de la langue est difficilement accessible ou peu utilisé. Une sensibilisation des professionnels aux situations d'allophonie et aux outils disponibles semblent importante pour améliorer la prise en charge des patientes et de leurs nouveaux-nés.

Mots-clefs : barrière de la langue, sages-femmes, allophonie, PMI, interprétariat, communication

ABSTRACT

Allophone patient care by PMI midwives in the Grand Ouest region of France

Introduction : The Grand Ouest region of France is experiencing a rapid increase in the proportion of immigrants and therefore allophone individuals in the area. Healthcare providers, particularly PMI (Mother and Child Protection) midwives, must consequently deal with language barriers when caring for patients. The objective of this study was to describe the practices and potential difficulties encountered by PMI midwives in the Grand Ouest region when caring for allophone patients.

Material and method : Quantitative, observational, and descriptive study conducted via an anonymous self-administered questionnaire distributed to PMI midwives in the Grand Ouest region. The study was carried out between February 9 and April 1, 2026.

Results and discussion : 109 midwives were included in the study (participation rate: 60.22%). 83.49% of midwives reported difficulties caring for allophone patients. All procedures were considered rather difficult or difficult by the majority of PMI midwives due to language barriers.

26.61% of surveyed midwives were completely unaware of the HAS (French National Authority for Health) recommendations regarding language barriers. Only 56.88% of professionals had access to a professional interpreting service, and few actually used it. The main barriers were : the need to schedule appointments in advance, high service costs, difficult access due to administrative procedures, and sometimes more challenging communication when the interpreter is male. Midwives also mentioned a lack of knowledge about available tools and how to use them, or a complete absence of tools to facilitate communication in 25.27% of cases.

83.49% of midwives expressed a desire for more training on allophony. Training on intercultural topic was also requested.

Conclusion : Despite existing resources, midwives encounter difficulties caring for allophone patients. Interpreting services, which are primarily recommended by the HAS in cases of language barriers, are either difficult to access or underutilized. Raising awareness among healthcare professionals about allophone situations and available tools appears essential to improve care for patients and their newborns.

Key words : language barrier, midwives, allophony, Mother and Child Protection center, interpreting service, communication