



Berner Fachhochschule
► Gesundheit

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zhaw Gesundheit
Institut
für Hebammen

Swiss TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Une communication sans barrière dans les soins obstétricaux aux migrantes allophones – BRIDGE

Résumé analytique

Paola Origlia Ikhilor¹ M Sc
Gabriele Hasenberg² M Sc
Elisabeth Kurth^{3,4} PhD
Barbara Stocker Kalberer⁵ MSc
Eva Cignacco¹ PD, PhD
Jessica Pehlke-Milde² PhD

- ¹ Haute école spécialisée bernoise, Recherche appliquée et développement, discipline obstétrique
- ² Haute école des sciences appliquées de Zurich, Institut des sages-femmes, Service de recherche en sciences obstétriques
- ³ Institut tropical et de santé publique suisse
- ⁴ FamilyStart pour les deux Bâle
- ⁵ Fédération suisse des sages-femmes

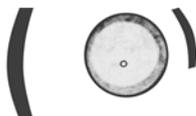
Berne, le 6 juillet 2017

Contact :

Haute école spécialisée bernoise
Section Santé
Paola Origlia Ikhilor
Murtenstrasse 10
CH-3008 Berne

paola.origlia@bfh.ch
www.gesundheit.bfh.ch

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras



**FAMILY
START**
— beider Basel

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB

Résumé

Contexte

En Suisse, près de la moitié de la population étrangère sont des femmes ; ces migrantes représentent plus d'un dixième de la population totale résidente permanente. Ce groupe est plus souvent en butte aux discriminations socioéconomiques que ne l'est la population autochtone. Des différences se manifestent aussi au niveau de l'état de santé. Les migrantes enceintes et leurs familles subissent une pression accrue liée, d'une part, à leur nouveau contexte de vie et aux exigences d'intégration ; d'autre part, aux bouleversements physiques, psychiques et sociaux que déclenche la grossesse. Les migrantes enceintes et les mères migrantes sont en moins bonne santé physique et psychique que leurs homologues natives. Cela se reflète, par exemple, dans des taux plus élevés de mortalité maternelle, de dépressions postnatales, d'accouchements par césarienne et d'hospitalisations en néonatalogie. Si les migrantes ont plus difficilement accès à l'offre de soins périnataux, il semblerait aussi que le recours à ces prestations soit conditionné par des facteurs spécifiques à la migration, comme le statut de séjour ou la nationalité. La mauvaise maîtrise de la langue semble également avoir une influence considérable sur ces disparités.

La prise en charge des migrantes résidentes permanentes est très différente de celle des migrantes qui relèvent du domaine de l'asile. Ces dernières (titres de séjour N, F ou S) sont assurées d'office par les cantons selon le modèle du médecin de famille, alors que les femmes qui ont un statut d'étrangère (permis B ou C) peuvent en général choisir librement leur régime d'assurance-maladie. Elles ne relèvent pas d'un système spécifique. La présente étude se devait de tenir compte de ces différences. L'échantillon de l'étude a été choisi de manière à représenter à la fois les utilisatrices entrées en Suisse comme requérantes d'asile et celles entrées comme étrangères.

Comme représentantes de la population résidente permanente ayant un statut d'étrangères, on a choisi des migrantes albanophones. On trouve souvent parmi elles des femmes venues en Suisse dans le cadre d'un rapprochement familial. Selon les statistiques de la Confédération, en 2015, les principaux pays dont étaient originaires les étrangers résidents permanents (permis B ou C) ne maîtrisant aucune des langues nationales suisses étaient, par ordre décroissant d'importance numérique : le Portugal, le Kosovo, l'Espagne, la Serbie, la Turquie et la Macédoine. L'albanais se parle en Albanie, en Macédoine, en Serbie du Sud et au Kosovo. C'est la langue la plus répandue parmi les étrangers résidant de manière permanente en Suisse et la plus souvent traduite dans un contexte communautaire. En Suisse, les Albanaises du Kosovo semblent avoir du mal à s'y retrouver dans la diversité de l'offre de santé publique. Elles ont davantage tendance à recourir aux soins médicaux qu'aux prestations de santé des sages-femmes (comme les cours de préparations à l'accouchement ou le conseil à l'allaitement).

Comme représentantes des femmes entrées en Suisse en tant que requérantes d'asile, on a choisi des migrantes érythréennes. La grande majorité des demandes d'asile déposées en Suisse depuis plusieurs années le sont par des citoyennes érythréennes (près de 10 000 en 2015). La langue la plus souvent traduite dans un contexte communautaire depuis des années est le tigrigna, qui se parle en Érythrée et dans le nord de l'Éthiopie. Il y a fort à parier que les Érythréennes immigrées aient du mal à se représenter le système suisse des soins de santé de base, du suivi de la maternité ou du modèle du médecin de famille auquel elles sont assujetties par les autorités pendant toute la durée de la procédure d'asile.

La prise en charge périnatale est très fragmentée en Suisse, ce qui peut donner lieu à des problèmes de transmission des données sur la santé, d'un service à l'autre, et à une perte d'information que les migrantes allophones, ne maîtrisant pas la langue, ne seront pas capables de combler elles-mêmes.

Les offres de soins périnataux spécialement conçus pour les migrantes sont continuellement développées depuis plusieurs années. Mais elles sont hétérogènes et structurées différemment d'un canton à l'autre, de sorte que les soins obstétricaux restent lacunaires. Bien qu'elles aient des possibilités de s'informer, les migrantes allophones ont beaucoup de mal à y accéder et passent ainsi à côté des offres. Les prestataires de formations et de cours de perfectionnement pour personnel de santé ont promu de

manière ciblée des cours sur la compétence transculturelle. Des informations et des outils sont disponibles en plusieurs langues, et les prestations de conseil relatives à la santé périnatale ont été améliorées. On ignore toutefois dans quelle mesure les professionnels de la santé ont recours à ces offres.

Dans le cadre des soins de base, les sages-femmes indépendantes ne peuvent pas s'appuyer sur des interprètes professionnels, faute de financement. Bien que les effets positifs de l'interprétariat communautaire en milieu hospitalier sur la santé des patients soient avérés et que le nombre de ces interventions sur place ait quasiment doublé entre 2006 et 2010, dans la pratique, les traductions de fortune, généralement effectuées par le conjoint, restent monnaie courante. Sur des sujets sensibles (l'allaitement, la sexualité, la contraception, etc.), des erreurs de traduction peuvent se produire et être source de malentendus.

Buts de l'étude

La présente étude se propose de :

- décrire les défis de communication que posent le système de santé et le recours aux prestations sanitaires liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum pour les migrantes allophones et ce, du point de vue respectif des utilisatrices, des professionnels de la santé et des interprètes communautaires.
- formuler une liste hiérarchisée de recommandations à l'intention des institutions spécialisées, en vue d'améliorer la qualité – tout en augmentant l'utilisation – des soins liés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum, et de permettre une communication fluide et transculturelle des professionnels de la santé avec les utilisatrices, ainsi qu'une coordination efficace des services compétents.

Méthodologie

Dans le cadre d'une étude qualitative exploratoire, les problématiques suivantes ont été examinées :

- quelle expérience les migrantes allophones font-elles du conseil et de la prise en charge pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ?
- quelle expérience les professionnels de la santé font-ils de la transmission d'information et de la communication dans le cadre du conseil et de la prise en charge pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, lorsqu'il existe des barrières linguistiques ?
- Comment les interprètes communautaires vivent-ils la communication dans les soins obstétricaux aux migrantes allophones ?

Le point de vue des professionnels de la santé a été complété par une analyse quantitative de questionnaires sur le service d'interprétation téléphonique fourni lors du suivi postnatal effectué à domicile par les sages-femmes du réseau FamilyStart des deux Bâle.

Aspect qualitatif

Les données ont été collectées lors de deux entretiens de groupe focalisés de professionnels de la santé (sages-femmes, infirmières, puéricultrices, médecins), d'un entretien individuel de migrantes parlant tigrigna, ainsi que de deux entretiens individuels et d'un entretien croisé de migrantes de langue maternelle albanaise et de quatre entretiens individuels (deux interprètes d'albanais et deux de tigrigna). Une évaluation quantitative des questionnaires susmentionnés a été réalisée en complément.

Les critères d'inclusion des utilisatrices étaient les suivants : langue maternelle tigrigna ou albanaise, connaissances d'allemand limitées ou inexistantes, accouchement en Suisse remontant à moins d'un an, et nouveau-né en bonne santé. Les participantes à l'étude ont été contactées et recrutées dans différents cantons alémaniques via les hôpitaux, les associations professionnelles, les professionnels de la santé indépendants, les institutions et les services de placement, ainsi que les personnes de référence des groupes linguistiques étudiés. Toutes les informations et les explications sur l'étude leur ont été données dans leur langue. Les critères d'inclusion des interprètes participants étaient : l'expérience de l'interprétariat, à la fois sur place et par téléphone ainsi qu'au moins un an d'expérience de la prise en charge des migrantes allophones pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum jusqu'à un an après la naissance.

Les données ont été collectées sur la base de entretiens semi-structurés, adaptés à chaque cohorte. L'évaluation des données, après la transcription des entretiens, a été menée par l'ensemble des chercheurs, de façon échelonnée sur plusieurs ateliers d'une journée, selon la procédure de l'analyse thématique de Braun and Clarke (2006).

Aspect quantitatif

Les questionnaires sur l'utilisation de l'interprétariat téléphonique ont été analysés entre octobre 2013 et mars 2016. Les données collectées dans ces questionnaires donnent des indications démographiques sur les utilisatrices tout en renseignant sur le but et le contenu de l'entretien, ses effets, son utilité et les difficultés auxquelles il a donné lieu. Le pays d'origine des utilisatrices, la langue interprétée et la durée de l'entretien ont également été consignés et analysés. Toutes les données ont été collectées sous forme de questions à choix multiple, à l'exception de l'appréciation de l'utilité globale de l'entretien, qui a été effectuée sous forme d'échelle visuelle analogique. L'analyse de données descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft-Excel 2010.

Résultats

Aspect qualitatif : entretiens

La cohorte d'utilisatrices comprenait six mamans érythréennes dont l'entretien a été mené en tigrigna, ainsi que quatre mamans de langue albanaise (un entretien regroupant deux mères et deux entretiens individuels menés en albanais). La cohorte de professionnels de la santé comprenait 22 personnes : sages-femmes, puéricultrices, infirmières, gynécologues et pédiatres ayant l'expérience du suivi obstétrical des migrantes allophones. Les données des professionnels de la santé ont été collectées en deux entretiens de groupe focalisés. Les cohortes d'interprètes communautaires comprenaient respectivement deux personnes ayant l'expérience de l'interprétariat en albanais et en tigrigna, qui sont intervenues à la fois sur place et par téléphone. Ces données ont été collectées en quatre entretiens individuels.

Tableau : Matrice des résultats et synthèse

Critères	Utilisatrices	Professionnels de la santé	Interprètes	Synthèse
Conditions de vie et système de soins	Difficulté à s'y retrouver dans un système de santé très complexe	Volonté de comprendre les autres contextes	Comprendre les situations de vie difficiles	Difficulté de comprendre le contexte de l'autre
Relations et interactions	Sentiment d'une relation asymétrique avec les professionnels de la santé	Renonciation à tout vouloir comprendre	Expérimenter les attentes contradictoires des utilisatrices et des professionnels de la santé	Dialogue de sourds malgré les efforts pour se comprendre
Adéquation des offres de santé	Sentiment de dé-posssession de son pouvoir de décision	« Faire avec » ou « faire le maximum »	Interprétariat totalement indispensable	Prestations de santé subies

Les différents points de vue ont été évalués séparément. Chacun d'entre eux a donné des résultats qui ont pu être classés dans l'une des trois rubriques : « Conditions de vie et système de soins », « Relations et interactions » et « Adéquation des offres de santé » (cf. tableau).

Point de vue des utilisatrices

Leur connaissance du système suisse en matière de soins de santé reproductive était souvent insuffisante et, maîtrisant mal la langue de surcroît, les utilisatrices ont eu du mal à s'y retrouver dans toute cette complexité et à identifier le bon interlocuteur pour leurs préoccupations.

Elles ont ressenti une asymétrie dans leurs relations avec les professionnels de la santé. Confrontées en permanence, surtout en l'absence d'interprète, à l'impossibilité de comprendre ou de se faire expliquer des choses essentielles, elles ont eu l'impression d'être à la merci des professionnels de la santé. Les migrantes allophones ont essayé de manière récurrente des réflexions discriminantes.

Elles n'ont pas toujours obtenu les informations dont elles avaient besoin et se sont senties dépossédées de leurs décisions. Le fait de ne pas comprendre et de ne pas se sentir associées aux décisions a déclenché en elles une palette de sentiments négatifs allant de la profonde inquiétude à l'angoisse existentielle, en particulier, pour cette dernière, dans les situations d'urgence. L'absence d'explication commandée par la nécessité d'agir vite n'a pas toujours été comblée a posteriori. Les utilisatrices ont expressément demandé à être assistées par des interprètes.

Point de vue des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé ont exprimé le besoin et la volonté de comprendre le contexte spécifique des utilisatrices. Et ce, autant par nécessité professionnelle que par égard pour les migrantes et leurs familles. Ils ont identifié une foule de problèmes sociaux et de défis qui pèsent sur la santé des utilisatrices et les empêchent de recourir aux prestations de santé. La méconnaissance de la langue, de la part d'utilisatrices résidant en Suisse depuis de longues d'années, a parfois suscité leur incompréhension.

L'impossibilité de communiquer – en l'absence d'interprète – a pu les empêcher de transmettre certains conseils et informations dont ils étaient porteurs, et d'apporter tout le soutien nécessaire, en particulier dans les situations complexes. Ils se sont alors rabattus sur des expédients tels le recours à des interprètes de fortune en lieu et place des interprètes professionnels, à des brochures et à des images comme illustrations, ou à la communication par gestes, sans pour autant en attendre de miracles. Même lorsque la communication verbale était possible, les différences culturelles ont pu entraîner des approximations.

Dans leur souci de fournir la meilleure prestation possible, les professionnels de la santé se sont souvent retrouvés dans des situations extrêmes : mettre en œuvre tout l'arsenal thérapeutique et la nécessité de « faire avec » en l'absence d'interprète. Au prix d'efforts redoublés, la communication a pu être établie. Mais l'objectif d'une prise en charge adaptée aux besoins n'a guère pu être atteint. Les difficultés de communication dans les situations d'urgence ont constitué un fardeau particulier pour les professionnels de la santé.

Point de vue des interprètes

Connaissant les conditions régnant dans le pays d'origine des utilisatrices et le processus d'intégration en Suisse pour l'avoir eux-mêmes traversé, les interprètes ont fait preuve d'une grande compréhension à l'égard des nombreuses pressions auxquelles sont exposées les utilisatrices, compte tenu de leur situation et en particulier de l'incertitude qui pèse sur leur titre de séjour. Ils ont considéré les proches de celles-ci comme des acteurs importants.

Les interprètes ont perçu les attentes des utilisatrices et des professionnels de la santé comme contradictoires. Les objectifs des professionnels de la santé pouvaient aller à l'encontre des attentes des utilisatrices. Ce décalage s'est révélé aux interprètes à travers le souhait, souvent exprimé par ces dernières, de s'ouvrir davantage de leurs soucis et de leurs problèmes, tandis que les professionnels de la santé entendaient leur communiquer le plus d'informations techniques possible et prendre des décisions. Quoique se considérant comme des acteurs neutres, les interprètes ont parfois joué un rôle actif dans la médiation culturelle.

Sans interprètes, les utilisatrices ne peuvent bénéficier pleinement des prestations de santé ni les professionnels de la santé travailler efficacement. Les interprètes ont esquissé des pistes pour améliorer la communication. Il conviendrait, par exemple, de simplifier les visites et d'alléger leur contenu, et également de prévoir suffisamment de temps pour leur déroulement. L'accent devrait être mis sur les thèmes qui tiennent le plus à cœur aux utilisatrices. Lorsque des sujets complexes ou intimes sont abordés, la présence de l'interprète sur place est préférable à la formule de l'interprétariat par téléphone, qui se prête davantage aux échanges brefs.

Aspect quantitatif : analyse de l'interprétariat des visites par téléphone

Les questionnaires sur l'interprétariat téléphonique remplis lors des visites de post-partum effectuées par les sages-femmes ont été analysés et les résultats de ces analyses intégrés dans la présentation du point de vue des professionnels de la santé. Pendant la phase d'évaluation, qui a duré 30 mois, seules dix sages-femmes sur 29 ont fait usage du service d'interprétariat par téléphone mis gratuitement à leur disposition après une formation spécifique. Elles y ont recouru à plusieurs titres lors de leurs visites de post-partum à domicile, en particulier pour comprendre les préoccupations de leurs patientes et leur donner des informations. Les principaux sujets traités lors de ces entretiens interprétés par téléphone ont été la santé somatique de la mère et de l'enfant et l'allaitement. La situation psychosociale de la famille et les soins de santé ont été nettement moins fréquemment abordés. Les effets positifs de l'interprétariat téléphonique les plus fréquemment cités ont été la possibilité pour les utilisatrices de poser leurs questions et d'exprimer leurs préoccupations, et de comprendre les explications qui leur étaient données. Dans certains cas, les sages-femmes ont décrit l'influence positive qu'avait eue l'interprétariat par téléphone sur les compétences en matière de santé et la satisfaction des utilisatrices. Il a assez rarement été fait état d'une défaillance du service d'interprétariat par téléphone. Ce sont alors l'allongement de la durée de la visite, la qualité de la liaison téléphonique et le professionnalisme de l'interprète qui ont été incriminés. Les sages-femmes ont attribué une note de 7.4 sur un maximum de 10 à l'utilité du service d'interprétariat téléphonique. Ce service semble donc améliorer la qualité du suivi à domicile en leur permettant de surmonter les barrières linguistiques.

Synthèse des résultats

Le recoupement des trois points de vue s'est avéré concordant sur certains points, tandis que sur d'autres, il a fait apparaître de nettes divergences dans la perception et l'évaluation des problèmes de communication.

Difficulté de comprendre le contexte de l'autre

Les conditions de vie des utilisatrices ont pesé d'un grand poids sur la communication avec les professionnels de la santé. Les attentes des premières se sont parfois avérées très différentes de ce que ces derniers avaient imaginé ou déjà pu expérimenter, tant au plan personnel que culturellement parlant. Des conditions sociales difficiles de surcroît et l'incertitude concernant le titre de séjour n'ont fait, le cas échéant, que renforcer les difficultés de communication.

Compte tenu de leur méconnaissance du système de santé suisse, les utilisatrices ont eu du mal à savoir de quelles préoccupations elles pouvaient s'ouvrir aux professionnels de la santé. Les interprètes sont parfois parvenus à mieux cerner les préoccupations des utilisatrices grâce à leur connaissance du pays d'origine, et à mieux comprendre les objectifs des professionnels de la santé, grâce à leur propre expérience du référentiel suisse. Cela les a aidés à identifier les informations dont les utilisatrices pouvaient avoir besoin au vu de leur situation. Mais l'ampleur des problèmes sociaux était parfois telle que ni les professionnels de la santé ni les interprètes n'ont été en mesure de contribuer à les résoudre.

Les proches des migrantes allophones étaient pour elles un précieux soutien, en particulier dans leur nouvelle situation de mère dans un environnement inconnu. Les professionnels de la santé les ont néanmoins rarement associés à la prise en charge, excepté pour des traductions au pied levé, et ont insuffisamment exploité leur potentiel.

Dialogue de sourds malgré les efforts pour se comprendre

Les professionnels de la santé ont fait de grands efforts pour communiquer, et les utilisatrices leur en ont su gré. Malgré cela, sans interprètes, ils ne sont généralement pas parvenus à se faire suffisamment bien comprendre des utilisatrices pour qu'elles puissent prendre des décisions éclairées, de manière autonome. Dans de telles situations (souvent des urgences), les migrantes concernées ont souvent eu le sentiment d'être impuissantes et dépossédées de leur pouvoir de décision par les professionnels de la santé. Certaines n'ont reçu aucune explication, même après coup, pour la césarienne, l'accouchement déclenché avant terme ou l'épisiotomie qu'elles avaient subi.

Dans le cadre des prises en charge ordinaires aussi, les professionnels de la santé n'ont pas toujours été en mesure de se renseigner sur les besoins et les attentes des utilisatrices, de manière à y répondre.

Sous l'angle du processus de communication, la communication non verbale n'a certes pas semblé résoudre la situation de manière satisfaisante, mais la mère et l'enfant étant finalement rentrés chez eux en bonne santé, elle a apparemment donné un résultat approprié. Cependant, les problèmes qui ont fait suite à la prise en charge périnatale ou les mauvais souvenirs durables qu'elle a laissés aux utilisatrices n'ont pas été portés à la connaissance des professionnels de la santé.

Les interprètes ont senti que ces derniers étaient souvent soucieux de transmettre le plus d'informations spécifiques possibles aux utilisatrices, alors que celles-ci auraient souhaité pouvoir s'ouvrir davantage de leurs soucis. Elles se sont senties en position d'infériorité à cet égard, n'osant ni exprimer leurs besoins et leurs préoccupations, ni exiger qu'ils soient pris en considération.

Les interprètes sont parvenus à surmonter ces attentes contradictoires en expliquant, par exemple, pourquoi un professionnel de santé posait une question (par exemple, au sujet de l'excision) ou pourquoi une utilisatrice ne comprenait probablement pas les questions, ou ne voulait pas y répondre. L'interprétariat par téléphone a surtout été jugé approprié pour la simple transmission d'informations, l'interprétariat sur place étant considérée comme plus appropriée pour les questions complexes et intimes.

Prestations de santé subies

L'offre de soins en santé reproductive du système de santé suisse a donné l'impression, dans certaines situations, d'être peu orientée vers les besoins. Les migrantes interrogées ont salué les efforts des professionnels de la santé. Certaines auraient, par contre, souhaité un suivi obstétrical moins invasif dans certain cas, et faisant une plus grande place aux processus naturels. Des prestations médicales telles le diagnostic prénatal n'ont pas toujours semblé compatibles avec le système de valeurs des migrantes interrogées, qui n'étaient par conséquent pas toujours prêtes à recevoir des informations et des explications détaillées.

En dépit de leur engagement remarquable, les professionnels de la santé ont parfois été amenés à transiger sur leur devoir d'information, en particulier dans les situations d'urgence, et se sont retrouvés écartelés entre l'obligation de laisser les utilisatrices décider en connaissance de cause et leur obligation professionnelle de prendre sans délai toutes les mesures nécessaires pour sauver mère et enfant. Cela explique le sentiment qu'on pu avoir certaines utilisatrices d'être dépossédées de leurs décisions par les professionnels de la santé. Elles se souvenaient encore, longtemps après, de ces expériences, et n'ont parfois reçu, même a posteriori, aucune explication pour les mesures radicales qui avaient été prises, telles qu'une césarienne d'urgence, le déclenchement d'un accouchement avant terme ou une épisiotomie non désirée. Les professionnels de la santé n'ont, pour leur part, pas été informés que ces expériences pouvaient causer des problèmes durables aux utilisatrices et les rendre méfiantes à l'égard de l'offre de soins de santé.

Lorsqu'ils avaient ponctuellement recours à un interprète, les professionnels de la santé avaient tendance à chercher à transmettre un grand nombre d'informations en un court laps de temps. Face à cet afflux d'informations, les utilisatrices ont pu se sentir dépassées au point de ne pas savoir comment les utiliser. Cette volonté d'exploiter au maximum la présence de l'interprète a ainsi eu l'effet inverse de celui escompté. La même tendance à la surinformation a été constatée à l'égard des utilisatrices qui avaient acquis une certaine maîtrise de la langue. Elles ont souvent eu du mal à faire la part des choses entre les informations plus ou moins pertinentes, et les professionnels de la santé leur en ont demandé trop à cet égard.

Le recours à des interprètes a été considéré de tous les points de vue, surtout par les utilisatrices, comme la clé d'une communication prenant à la fois en compte la langue et la culture. Cette étude montre cependant que les interprètes sont insuffisamment sollicités et disponibles. Les objectifs de promotion de la santé, d'éducation et de prévention auprès des migrantes allophones ne pourront être atteints qu'à condition de faire appel à ces derniers et de développer les offres.

Points forts et limites de l'étude

L'un des points forts de cette étude est d'avoir examiné pour la première fois les problèmes de communication avec les migrantes allophones de différents points de vue, en prenant également en compte

le leur. L'examen par les pairs donne une large assise aux résultats de cette étude. Par rapport au large échantillon de l'étude, le groupe des utilisatrices, composé de six migrantes parlant le tigrigna et de quatre autres parlant l'albanais, était réduit. Il ne permet guère de tirer des conclusions sur les migrantes d'autres origines.

En raison de la difficulté d'accéder aux utilisatrices, les critères d'inclusion ont dû être élargis. Ainsi, une participante ne pouvant être qualifiée d'allophone au sens strict a-t-elle été acceptée. Concernant les utilisatrices érythréennes, il n'est pas exclu que leurs réponses aient été influencées par la présence des interprètes, avec lesquels certaines d'entre elles avaient été en contact pendant le suivi périnatal. Quant aux professionnels de la santé, on peut penser qu'ils étaient très intéressés par le thème de l'étude, et très sensibles à celui-ci.

Le point fort de l'évaluation quantitative des entretiens interprétés par téléphone lors des visites de suivi du post-partum à domicile est de compléter le point de vue des professionnels de la santé, sachant néanmoins que la restriction du champ de l'étude au groupe de professionnels de la santé des sages-femmes et au suivi du post-partum à domicile est une limite.

Recommandations

Cette étude donne des pistes sur les domaines où les soins obstétricaux nécessitent une attention particulière et des améliorations. Les recommandations ci-après s'adressent à différents acteurs de la santé publique et peuvent être transposées à différents niveaux.

1. Les migrantes allophones ont besoin d'aide pour s'y retrouver dans le système de santé

Il est difficile de s'orienter dans un système sanitaire et social très complexe. Pour accéder plus facilement aux offres obstétricales, il faut connaître le système de soins, les fournisseurs de soins et les soins fournis.

L'échange avec des multiplicateurs en lesquels les migrantes ont confiance et avec qui elles sont quotidiennement en contact est un bon moyen d'acquérir cette connaissance. Il serait bon que les multiplicateurs soient formés par des sages-femmes aux offres relatives à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum.

Selon les migrantes allophones, l'acquisition de la langue est un préalable indispensable pour connaître le système. Les services d'intégration devraient donner aux mères d'enfants en bas-âge les moyens d'apprendre la langue locale, et les y encourager.

Ils devraient donner à toutes les primo-arrivantes (qu'elles soient enceintes ou non) des informations spécifiques sur la santé reproductive, la petite enfance et le système de santé. Cette documentation peut se présenter sous forme de brochures (sur le modèle de celle de migesplus.ch), d'applications, de matériel iconographique ou de vidéo. Elle devrait être disponible dans les langues principales et rédigée dans un langage simple. Il convient également d'exploiter les avantages et la disponibilité des nouveaux médias à cet égard. L'audiovisuel est un moyen de communication particulièrement adapté pour les groupes cibles peu alphabétisés.

Les professionnels de la santé devraient également fournir aux migrantes toutes les informations et le matériel à ce sujet, dans le cadre de leur prise en charge.

2. Une analyse plus approfondie des soins reproductifs aux requérantes d'asile et aux réfugiées est nécessaire.

Les requérantes d'asile et les réfugiées constituent un groupe particulièrement vulnérable. Conjugués aux sérieux problèmes de communication, le manque de moyens personnels, l'absence de sphère privée et la discontinuité de la prise en charge limitent les perspectives en termes de promotion de la santé et d'éducation à la santé pour les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés. Les professionnels de la santé ont besoin d'une plus grande marge de manœuvre et de davantage de soutien pour pouvoir travailler dans ce contexte particulièrement difficile.

Les soins obstétricaux aux requérantes d'asile doivent dépasser le cadre des soins d'urgence pour s'étendre à des offres de prévention. Il incombe aux politiques de créer les conditions juridiques nécessaires. Le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) et les cantons devraient prévoir des offres de prévention actives pour l'amélioration de la santé reproductive dans le cadre de la prise en charge sanitaire des requérantes d'asile qui leur incombe.

Les possibilités de recours aux prestations obstétricales dans les centres d'accueil pour requérantes d'asile en Suisse ne sont pas assez clairement définies. Une analyse plus exacte des soins obstétricaux aux requérantes d'asile s'impose.

3. L'interprétariat communautaire doit être réglementée et garantie dans les soins obstétricaux.

Le recours à des interprètes qualifiés est indispensable pour surmonter les barrières linguistiques et permettre un conseil et un traitement adaptés aux besoins. Une bonne compréhension est la condition *sine qua non* au consentement éclairé, légalement requis pour la prise en charge des migrantes allophones. D'où la nécessité d'intégrer l'interprétariat communautaire dans le catalogue des prestations d'assurance-maladie obligatoires et de la proposer partout, dans tous les cantons, aussi bien dans le cadre du suivi hospitalier que de la prise en charge à domicile.

Les politiques se doivent, avant tout, de créer les conditions-cadres d'un « droit de comprendre et de se faire comprendre ». À charge, pour les organisations et les associations professionnelles des domaines de la santé et de la médecine, de soutenir la mise en œuvre de la susdite recommandation. Jusqu'à ce que les rails politiques soient posés, des solutions transitoires sont nécessaires. S'il incombe aux institutions de santé de chercher activement des possibilités de financement, les cantons, les communes et les organisations à but non lucratif devraient rémunérer les prestations d'interprétariat sans formalités excessives.

4. L'offre existante de prestations d'interprétariat sur place et par téléphone doit être maintenue ou optimisée.

Il convient de maintenir l'interprétariat dans les hôpitaux. Plus les thèmes abordés lors des visites sont complexes, intimes et dotés d'une forte charge émotionnelle, plus il paraît judicieux de privilégier l'interprétariat sur place par rapport à l'interprétariat par téléphone. Il est également important de prendre des mesures pour assurer la continuité et créer une relation de confiance avec les interprètes (séances d'interprétariat à heures fixes, etc.). Les entretiens ne doivent pas être trop denses car il serait finalement contre-productif de noyer les utilisatrices sous les informations.

L'interprétariat par téléphone est une solution pratique pour transmettre des informations brèves, simples, exprimer des préoccupations et répondre à des questions à n'importe quel moment. Elle a déjà fait ses preuves, aussi bien en contexte hospitalier qu'extra-hospitalier. Dans les situations d'urgence, elle peut s'avérer aussi utile que problématique, compte tenu de la grande complexité et de la forte charge émotionnelle qui caractérise ce genre de situations.

Les formations sont là pour préparer aussi bien les professionnels de la santé que les interprètes aux défis d'un dialogue à trois. Pour renforcer encore la qualité de l'interprétariat, l'organisation faîtière des interprètes communautaire et les services de placement peuvent proposer des cours de perfectionnement interdisciplinaires ciblés sur les techniques de conversation et les thèmes médicaux. De plus, le système de placement des interprètes par téléphone pourrait être optimisé, de manière à réduire le délai de mise en contact.

Le recours à l'interprétariat par vidéo interposée est une autre piste à étudier, dans la mesure où cette technique intègre la communication non verbale, facilitant ainsi la compréhension par rapport au téléphone.

5. Les professionnels de la santé doivent acquérir et développer en permanence les compétences transculturelles en tant que partie intégrante des compétences professionnelles.

Il est important que les professionnels de la santé soient capables d'appréhender le contexte individuel des migrantes et de leurs familles et de le replacer dans son contexte pour pouvoir proposer une prise en charge adaptée.

Tous les cursus de formation des professions touchant aux soins de santé doivent couvrir les compétences transculturelles. Les parcours de formation interdisciplinaires doivent préparer à collaborer efficacement. Des cours de perfectionnement doivent être proposés pour la poursuite du développement des compétences transculturelles.

Il serait utile de créer le cadre et les occasions d'une réflexion permanente sur le processus de prise en charge au sein d'une équipe interprofessionnelle, au quotidien, notamment par le biais de l'intervention, d'analyses de cas et de cercles de qualité. L'objectif devrait aussi être, à cet égard, de sensibiliser tous les participants aux comportements discriminatoires.

Il conviendrait d'intégrer les indicateurs d'une compétence transculturelle dans les processus de qualité réguliers ainsi que dans les lignes directrices et les normes de qualité des institutions.

6. Soutenir les professionnels de la santé dans le conseil aux migrantes allophones.

En l'absence d'interprètes, les professionnels de la santé sont souvent contraints de faire des compromis dans la pratique et de se débrouiller tant bien que mal avec la communication non verbale. Ils risquent ainsi, par manque d'explication, de passer à côté de problèmes qui s'avèreront durables pour les migrantes allophones, et de conclure à tort que la prise en charge a finalement donné des résultats positifs. Il convient de porter un regard critique sur l'hypothèse largement répandue selon laquelle la communication par gestes peut suffire dans le domaine des soins obstétricaux.

Le conseil et la prise en charge ont notamment un but préventif et éducatif ; des aspects qu'il devient impossible d'aborder lorsque des problèmes de communication se posent. La complexité et l'exigence éthique des conseils et des explications sont un défi, tant pour les professionnels de la santé que pour les migrantes allophones. Les interprètes aussi sont souvent confrontés à un jargon technique difficile à comprendre. Un conseil adapté et un choix éclairé nécessitent une formation et un entraînement préalables au dialogue interprofessionnel à trois.

Des entraînements à la communication avec des patients standardisés (simulés) sont un moyen efficace de se préparer aux situations complexes, aussi serait-il bon de les intégrer dans la formation au conseil et les cours de perfectionnement.

Un matériel d'information rédigé dans un langage simple aidera les professionnels de la santé à faire comprendre aux migrantes allophones des sujets complexes tels le diagnostic prénatal, les mesures prophylactiques ou le développement de l'enfant.

Associations professionnelles, organisations et institutions devraient compléter ce matériel dans les domaines où il est lacunaire et le répliquer. Les organisations à but non lucratif et les autorités fédérales peuvent soutenir la multiplication en participant à l'indemnisation des frais, à l'assurance-qualité ou l'octroi de certaines licences.

7. La communication doit être garantie dans les situations d'urgence.

Les situations d'urgence font subir une forte pression aux professionnels de la santé et peuvent causer aux migrantes allophones de grandes angoisses et des réactions de stress nocives pour la santé. En l'absence de communication verbale, les mères ne sont pas capables d'évaluer l'ampleur du risque pour elles-mêmes et pour leur enfant. Dans de telles situations, la communication est essentielle pour appréhender la situation clinique, maintenir l'échange d'information et obtenir le consentement pour d'autres mesures. Les institutions devraient garantir un service d'interprétariat dans les cas d'urgence. Une planification prospective peut aider à contenir la fébrilité et à éviter aux interprètes de se retrouver catapultés sans préparation dans une situation d'urgence. Cela suppose de faire figurer explicitement l'interprétariat sur la check-list des actions à accomplir en cas d'urgence. S'assurer au préalable de la disponibilité des interprètes sera utile à cet égard.

Accessible 24h/24, la traduction par téléphone est souvent privilégiée. La mise en relation par le service de placement peut toujours générer un temps d'attente, ce qui n'ira pas sans poser problème dans les situations d'urgence. Les services de placement devraient revoir avec les institutions le processus de mise en relation en cas d'urgence et l'optimiser si nécessaire.

En tout cas, il faudra obligatoirement aborder, après coup, les décisions cruciales et les interventions effectuées avec l'utilisatrice et sa famille et ce, au calme, à domicile et aidé d'un interprète. La situation susceptible d'avoir été vécue comme un traumatisme doit être expliquée et les décisions prises, expliquées a posteriori. Pour les professionnels de la santé aussi, cette clarification ultérieure est utile en ce qu'elle renforce leur expérience.

Le dialogue à trois est particulièrement difficile pour tous les protagonistes dans les situations d'urgence. L'intermédiaire du téléphone peut constituer une difficulté supplémentaire. Aussi conviendrait-il d'intégrer explicitement ce type de scénarios dans les formations et le perfectionnement des interprètes et des professionnels afin qu'ils puissent s'y exercer. En cas d'urgence, il est par ailleurs essentiel que les interprètes connaissent bien le domaine.

8. Développer les offres spécialisées et les centres de compétences pour les migrantes allophones vulnérables et leurs familles.

En règle générale, tous les fournisseurs de prestations obstétricales ont tôt ou tard affaire avec des migrantes allophones. Ils doivent donc disposer des compétences et des conditions-cadres nécessaires pour les soigner. Des offres spécialisées peuvent toutefois s'avérer ponctuellement judicieuses (par exemple, dans les centres). Le traitement et la prise en charge spécifique d'une utilisatrice vulnérable nécessitent une souplesse beaucoup plus grande que ne le permet généralement la routine hospitalière. Les offres spécialisées doivent être sciemment souples, à domicile, et bas seuil.

Elles supposent également l'existence d'un solide réseau entre soignants et soignés (services sociaux, centres de requérants d'asile, services d'intégration, etc.). Les institutions doivent fournir les ressources nécessaires au travail complexe de mise en réseau.

Les offres collectives pour migrantes allophones avec interprétariat peuvent stimuler l'échange entre pairs, la compétence en matière de santé et la connaissance du système. Dans cet esprit, des cours de préparation à la naissance pour migrantes allophones sont déjà proposés. Il conviendrait cependant d'élargir encore l'offre, par exemple, aux soins prénataux et à la puériculture. La multiplication et la mise en réseau des offres existantes doivent être poursuivies et financées par les cantons, les organisations à but non lucratif ou les fondations donatrices.

Les centres spécialisés peuvent en outre fonctionner comme des centres de compétences permettant d'orienter les professionnels de la santé indépendants ou les institutions non spécialisées. Les institutions sont appelées à concevoir et à évaluer des modèles innovants. Il serait bon que les autorités fédérales posent les jalons de tels projets pilotes. À charge, pour les cantons et les institutions, de mettre à disposition les moyens financiers nécessaires à cet égard.

9. Harmoniser au mieux la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des migrantes allophones.

Au vu de la grande fragmentation des soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la puériculture pendant la première année de l'enfant, la collaboration interprofessionnelle et une bonne coordination des services sont cruciaux pour toutes les parties.

Les institutions et les associations professionnelles devraient élaborer des modalités de transmission coordonnées et standardisées avec les services qui prennent ensuite le relais. Il ne faut pas négliger d'associer les utilisatrices et de les responsabiliser. La carte de maternité est un moyen simple et efficace de transmettre les données, qui promeut la responsabilité individuelle des utilisatrices en leur donnant accès à leurs propres données. De plus, il faut que les services concernés puissent échanger des informations administratives (langue, nécessité d'un interprétariat, etc.).

La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) met déjà la carte de maternité à disposition dans plusieurs langues. Il serait bon que les sociétés spécialisées se mettent d'accord sur une version valable pour toute la Suisse. Les autorités fédérales pourraient donner plus de poids à cette initiative en la rendant obligatoire. L'introduction du dossier électronique du patient pourrait donner lieu, dans la lancée, à une grande révision interdisciplinaire de la documentation relative aux soins obstétricaux, y compris la carte de maternité.

Dans le cadre de la prise en charge des migrantes allophones, tous les services impliqués sont invités à proposer les offres ci-après : transmission entre la sage-femme libérale et la puéricultrice au domicile des migrantes allophones, à l'issue de la prise en charge du post-partum, ce qui est le meilleur moyen de les faire rentrer dans le processus. La FSSF et l'Association suisse des infirmières puéricultrices devraient se mobiliser pour la mise en œuvre de ce modèle dans toute la Suisse, et il serait bon que les cantons garantissent le financement de cette mesure.

La prise en charge des migrantes allophones nécessite, dans l'ensemble, une mise en réseau renforcée entre les spécialités et les intervenants hospitaliers et extra-hospitaliers. Les activités de réseautage interprofessionnel sont indispensables pour établir des chaînes de prise en charge efficaces, dont la qualité doit être garantie par une évaluation systématique de la qualité de la prise en charge. Les modèles de prise en charge intégrés sont judicieux dans les domaines nécessitant l'harmonisation et la coordination de nombreuses offres différentes ; il convient donc de les envisager pour la prise en charge obstétricale des migrantes allophones.

10. Reconsidérer les standards obstétricaux à l'endroit d'un surtraitement médical

Certaines migrantes appellent de leurs vœux une procédure peu interventionniste, qui peut s'avérer à contre-pied de la médicalisation des soins obstétriques pratiquée en Suisse. Au-delà des préférences individuelles, ce constat traduit peut-être aussi un surtraitement médical au sein d'un système de santé

extrêmement complexe. Les barrières linguistiques empêchent les migrantes allophones d'exprimer leurs souhaits et de faire des choix ciblés.

Dans le cadre de projets de recherche, les sociétés spécialisées et les associations professionnelles devraient examiner si leurs standards ne comportent pas d'interventions excessives (par exemple, déclenchement de l'accouchement, anesthésie péridurale, épisiotomie, césarienne, etc.). Les professionnels de la santé devraient prendre en compte les différentes conceptions de l'obstétrique, informer sur le droit de choisir sa prise en charge obstétricale et laisser le choix aux utilisatrices.

Mesures pour la pratique quotidienne

La prise en charge des migrantes peut s'avérer difficile pour les professionnels de la santé et déclencher des sentiments de frustration ou d'impuissance dus aux obstacles structurels tels le manque de temps, de ressources humaines ou matérielles. Un certain nombre de mesures de nature à renforcer l'assurance des utilisatrices et, donc, susceptibles de contribuer au succès du traitement et à son acceptation, ont pu être déduites des expériences des participantes à cette étude et sont immédiatement applicables :

- S'exprimer dans un langage simple en faisant des phrases courtes, structurées et sans utiliser de mots étrangers, même quand l'utilisatrice ne comprend pas la langue. L'interlocutrice capte les informations non verbales et comprend généralement des bribes du discours.
- Valoriser les connaissances linguistiques locales de l'utilisatrice.
- Éviter les dialectes, plus difficiles à comprendre pour les utilisatrices et les interprètes.
- Renforcer l'assurance des utilisatrices en parlant de thèmes informels.
- Utiliser des formes de communication telles le contact, les massages et le travail corporel pour maintenir un contact.
- Parler en priorité des préoccupations et des soucis immédiats des utilisatrices.
- Respecter les souhaits, les habitudes et les pratiques des utilisatrices, dès lors qu'ils ne sont pas nocifs, et s'en servir comme base.
- Associer très tôt le partenaire et la famille. Ils constituent généralement une ressource qui n'est pas totalement exploitée.
- Créer la plus grande continuité possible dans la prise en charge.
- Exploiter la connaissance qu'ont les interprètes du contexte socioculturel et des spécificités des migrants.
- Prendre en compte le fait que les migrantes allophones ne sont pas en capacité de chercher des informations ciblées.
- Ne pas juger le processus d'intégration des utilisatrices et de leurs familles.
- S'attendre à ce que les utilisatrices aient fait de mauvaises expériences dans le passé. De nombreuses utilisatrices ont déjà fait l'expérience de ne pas obtenir les informations qu'elles souhaitaient, ce qui a pu faire naître en elles un sentiment de méfiance à l'égard des professionnels de la santé.