

Projet WomenHealthASU93

*Expérience du parcours de santé
des femmes sud-asiatiques en
Seine-Saint-Denis*



Introduction

Comprendre les parcours de santé des femmes sud-asiatiques en Seine-Saint-Denis

Contexte et enjeu central

Le projet WomenHealthASU93 analyse les pratiques et représentations en santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes sud-asiatiques (Bangladesh, Inde, Pakistan, Sri Lanka) primo-arrivantes en Seine-Saint-Denis, un territoire de forte concentration migratoire ASU (84% en Île-de-France). Ces femmes, doublement invisibilisées par leur genre et leur origine, rencontrent des obstacles structurels dans l'accès aux soins : barrières linguistiques, incompréhensions culturelles, ruptures familiales et dissymétries de pouvoir dans la relation de soin.

Données collectées, Octobre 2024–Décembre 2025

L'étude WomenHealthASU93 adopte un design qualitatif, compréhensif et exploratoire, combinant observations non participantes, entretiens semi-dirigés et focus groups auprès de trois populations : femmes migrantes de première génération originaires d'Inde, Pakistan, Bangladesh et Sri Lanka résidant en Île-de-France ; professionnel·les du secteur médico-social et associatif ; et interprètes/médiateurs professionnels. Le recrutement des participantes a été réalisé via des associations culturelles, des lieux de soins et des communautés. L'échantillon a été constitué selon une approche par cas multiples, homogénéisée en fonction de la langue, de l'expérience de maternité et de la zone géographique, et complétée par un recrutement en boule de neige.

26

entretiens avec des professionnels de santé

30

entretiens avec des femmes

12

journées d'observation non participante



1 avec des professionnels de santé



1 avec des interprètes



3 avec des femmes

Objectif principal

Analyser les expériences et les besoins des femmes originaires d'Asie du Sud vivant en Seine-Saint-Denis en matière de santé (Santé sexuelle et reproductive, Santé mentale et santé générale)

1 Comprendre les **leviers** et les **freins** de l'accès et de la qualité des soins.

2 Analyser les **représentations des professionnels** intervenant auprès des femmes.

3 Co-construire des **pistes d'amélioration et d'augmentation** de la capacité d'agir en santé avec les personnes concernées.

Objectifs spécifiques

Comprendre les différents systèmes médicaux

Barrières linguistiques et de communication

L'impact de la migration

Différences ethnoculturelles et religieuses

Naviguer entre les expériences interculturelles de la maternité

Périnatalité

La **périnatalité** renvoie aux expériences de grossesse, d'accouchement et de suites de couches, où se combinent un haut niveau de technicité médicale, des craintes liées au corps et un fort sentiment d'isolement dans un système de soins individualiste.



Langue

thème transversal

Représentations culturelles

Les **représentations culturelles** englobent les imaginaires et stéréotypes que femmes et professionnel·les portent les un·es sur les autres, autour du genre, de la pudeur, de la souffrance et de la "bonne maternité", et montrent comment ces cadres interprétatifs orientent les interactions en santé.





Stratégies mobilisées

Les **stratégies mobilisées** désignent l'ensemble des ressources, tactiques et bricolages – linguistiques, relationnels, numériques, communautaires – mobilisé par les femmes et par les équipes pour contourner les obstacles et tenter de rendre le parcours de soins un peu plus accessible.

La langue est le fil rouge parce qu'elle détermine si une femme peut dire sa douleur, expliquer sa fatigue ou comprendre les consignes médicales. Ce n'est pas juste un problème de mots, c'est ce qui permet de se sentir entendue et légitime face aux soignantes, de la salle d'accouchement aux consultations post-partum.



Parentalité et santé mentale

La **parentalité** et la **santé mentale** éclairent la manière dont les responsabilités éducatives, la charge mentale et les recompositions familiales dans la migration fragilisent l'équilibre psychique, tout en rendant difficile la formulation explicite d'une demande d'aide.

Langue

le "chapeau" de l'ensemble



« Pour l'autre grossesse j'ai vu qu'il y avait les examens qu'on m'a fait mais je ne comprenais pas quel genre. Peut-être qu'ils ont fait, mais je ne savais pas, je ne comprenais pas(...) »

—Mayilai

Langue, confiance et transformation de soi

Dans les récits des femmes, la langue apparaît comme un marqueur de continuité et de rupture identitaire. Une participante décrit directement l'impact de la barrière linguistique sur son sentiment de compétence et de valeur : « Et là, oui, en fait, j'ai l'impression que finalement, cette barrière de la langue, ça reste quand même une problématique. Mais le fait de ne pas pouvoir reprendre, de se poser plein de questions, en fait, au fur et à mesure, ça a commencé à vraiment diminuer cette confiance en moi. Donc oui, si je me compare à la femme que j'étais en Inde et que je suis aujourd'hui, pour moi, il y a quand même, oui. » La comparaison entre "la femme d'avant" et "la femme d'aujourd'hui" montre que la langue ne se réduit pas à un outil fonctionnel ; elle structure la possibilité de se percevoir comme sujet capable

d'agir, d'interroger, de contester ou de consentir. Là où la langue maternelle permet une expression "naturelle" des symptômes et des émotions, la langue française impose un travail préalable de préparation, d'auto-censure et de sélection.

De la barrière linguistique à la discrimination ressentie

Les situations de consultation révèlent que la barrière linguistique se confond parfois avec des expériences de racisme ou de rejet. Une femme rapporte : « Non, au début, je n'ai jamais senti une différence de traitement mais après parfois, quand je vivais à Paris, j'ai senti un peu de racisme. (...) Certaines personnes faisaient semblant de ne pas comprendre l'anglais, alors qu'elles le comprenaient très bien. Elles faisaient comme si elles ne pouvaient pas parler, volontairement. Ce genre de comportement donnait l'impression que ce n'était pas un problème de langue, mais plutôt une attitude de rejet. » D'autres évoquent des réactions d'agacement face à leur demande de clarification : « Je sais que je ne vais pas comprendre, donc je vais leur dire : "Est-ce que vous pouvez reformuler ?" Et ça, ils le font, ils prennent le temps. Mais j'ai quand même eu 2 ou 3 médecins qui étaient un peu irrités quand je leur demandais ça. Une fois, on m'a même dit : "Ramenez quelqu'un qui parle alors." » Ici, la demande légitime de compréhension est renvoyée vers la responsabilité de la patiente, ce qui renforce le sentiment de ne pas avoir droit à une information accessible. Les professionnel·les confirment indirectement ce glissement quand ils rapportent que certains collègues disent « Moi je ne vais pas la prendre », ou encore qu'« il y a des types de populations qui accouchent mieux que d'autres ». La barrière de la langue devient ainsi l'un des vecteurs par lesquels se déploient des formes de tri implicite entre patientes.

« Et là, oui, en fait, j'ai l'impression que finalement, cette barrière de la langue, ça reste quand même une problématique. Mais le fait de ne pas pouvoir reprendre, de se poser plein de questions, en fait, au fur et à mesure, ça a commencé à vraiment diminuer cette confiance en moi. Donc moi, si je me compare à la femme que j'étais en Inde et que je suis aujourd'hui, pour moi, il y a quand même, oui.»

—Phushpa

Langue, obstétrique et malentendus sur le corps

Dans le champ obstétrical, la langue joue un rôle particulièrement concret. Un.e professionnel.le décrit la manière dont l'incompréhension des consignes de poussée est interprétée comme un défaut de compétence des patientes : « Maintenant, c'est parce que, comme il y a la barrière de la langue, on se dit : ce sont les patientes qui poussent mal, elles ne savent pas comment pousser. Donc souvent, vu qu'elles ne savent pas comment pousser, parce qu'elles ne comprennent pas, finalement ça se finit avec le médecin qui arrive, qui fait des instruments et la patiente, qui ne comprend pas.»

Du côté des femmes, le résultat est un sentiment de dépossession : « Pour l'autre grossesse j'ai vu qu'il y avait les examens qu'on m'a fait mais je ne comprenais pas quel genre. Peut-être qu'ils ont fait, mais je ne savais pas, je ne comprenais pas. (...) Le premier conseil, ce serait vraiment être gentil, si on pouvait au moins partager nos problèmes de santé avec toutes nos intentions, tous nos sentiments. Si on pouvait expliquer, en fait, le but, c'est d'avoir passé l'information jusqu'au médecin pour qu'il puisse nous traiter par rapport à nos problèmes. (...) Parce que sinon, je pense que quand on sort d'un cabinet de médecin, on sort avec les problèmes dans notre corps, dans notre tête, parce qu'on n'a pas pu expliquer. »



Périnatalité

Défis de la période périnatale dans une société individualiste

Le piège de l'allaitement et isolement post-partum

La période après l'accouchement met en lumière les limites d'un système de santé centré sur l'individu, alors que pour beaucoup de familles migrantes, c'est toute la famille élargie qui joue normalement un rôle clé dans le soutien à la jeune mère. Pour les femmes originaires d'Asie du Sud, l'allaitement devient souvent une source de tension : d'un côté, les soignants recommandent un allaitement maternel exclusif, conformément aux recommandations françaises ; de l'autre, la famille—souvent contactée à distance—encourage des pratiques différentes, comme donner des compléments ou des remèdes traditionnels dès les premiers jours. Prises entre ces deux injonctions contradictoires, les jeunes mères se retrouvent dans une position difficile, sans pouvoir vraiment s'appuyer sur l'une ou l'autre, ce qui renforce leur sentiment d'être seules et perdues dans les jours qui suivent la naissance. Cet isolement est encore aggravé par le contexte urbain. En Seine-Saint-Denis, les femmes accouchent à l'hôpital puis rentrent chez elles, un va-et-vient souvent mal vécu sur le plan pratique comme émotionnel.

Beaucoup décrivent l'accouchement comme une expérience difficile, voire traumatisante. Elles sont nombreuses à se méfier de la péridurale, par crainte de douleurs dorsales durables ou parce que leur entourage valorise le fait d'accoucher "naturellement". Dans leur pays d'origine, la belle-famille aurait été présente pour s'occuper de la mère et du bébé. Ici, elles se retrouvent seules, dans un hôpital où les professionnels de santé deviennent leurs seuls repères, sans la chaleur d'un entourage familial. De retour à la maison—souvent dans un logement exigü—elles doivent à la fois récupérer physiquement et s'occuper de leur nouveau-né, sans aide extérieure. Ce manque de soutien collectif crée un vide profond, très éloigné de ce qu'elles auraient vécu dans leur pays.

Dépression silencieuse et choc des modèles de soin

La dépression du post-partum est une réalité fréquente chez ces femmes, mais qui reste souvent silencieuse. La barrière de la langue rend difficile de mettre des mots sur ce qu'elles ressentent, tant sur le plan émotionnel que physique. À cela s'ajoute un décalage profond entre deux modèles : dans leur pays d'origine, la famille élargie prend naturellement en charge une grande partie des soins au nourrisson, ce qui permet à la mère de récupérer. En France, les femmes pensaient que c'était le rôle des professionnels de santé. Une participante résume la situation de manière explicite : dans son pays d'origine, la prise en charge de la mère et du nouveau-né relève principalement de la famille, tandis qu'en France elle est assurée par les professionnel·les de santé.

Ce changement ne concerne pas uniquement l'organisation de l'entourage post-partum ; il modifie également le cadre relationnel dans lequel s'exprime le vécu maternel. En l'absence de proches familiers, la jeune mère assume seule une part importante de sa charge émotionnelle, d'autant plus que l'expression de cette expérience est limitée par la barrière linguistique.

Ce silence—imposé à la fois par la langue et par l'absence de la famille—devient un vrai facteur de risque. Il empêche ces femmes de demander de l'aide et de bénéficier à temps de soutiens existants, comme les consultations psychologiques ou les groupes de parole. Les professionnels de santé les perçoivent parfois comme distantes ou peu réactives, sans toujours comprendre que cette réserve est liée à leurs pratiques et conditions de vie en France.

La dépression post-partum demeure insuffisamment repérée par les professionnels de santé. En raison de la barrière linguistique, l'orientation vers un psychologue n'est pas systématiquement proposée. Certaines soignantes soulignent que, même lorsqu'un suivi psychologique devrait être recommandé après un accouchement traumatique,

« C’est parce que c’était mon premier bébé. Je n’avais pas beaucoup d’expérience. Mais j’étais entourée par ma famille, et dans notre culture, comme on dit, les parents ont toujours des conseils, des astuces, des outils pour nous aider à s’occuper des enfants, surtout quand on débute. »

— Adya

cette démarche reste trop peu mise en œuvre. Aussi, ce retrait est lié au fait que les femmes pensent que c’est le rôle des professionnels de santé de prendre soin du nourrisson, au début.

Lassitude soignante et perspectives de co-construction

Du côté des professionnels de santé, les accouchements de ces patientes sont souvent plus compliqués : recours plus fréquent aux instruments ou aux césariennes. Cela s’explique parfois par des facteurs physiques supposés — bassin étroit, peau fragile, difficulté à pousser — mais la barrière de la langue joue aussi un rôle important : quand les consignes ne sont pas comprises, l’accouchement se passe moins bien. Face à ces difficultés qui se répètent, certains professionnels finissent par s’épuiser. Cet épuisement peut se manifester de manière crue, par exemple avec des réactions comme “oh non, pas encore les femmes tamoules”, révélant une forme de lassitude face aux mêmes obstacles, encore et encore. En suites de couches, ces mères sont souvent perçues comme peu attentionnées envers leur bébé, ce qui peut conduire à une prise en charge ce qui peut conduire à des soupçons de troubles du lien mère-enfant. Par ailleurs, beaucoup de professionnels regrettent que l’adaptation des cours de préparation à la naissance, à leurs langues, soit trop compliquée. Et quand un diabète gestationnel est diagnostiqué, il est souvent attribué d’emblée à l’alimentation — le riz, l’huile, le sucre — sans chercher à comprendre les raisons sociales ou économiques derrière ces habitudes.



Parentalité et santé mentale

Fardeaux invisibles

« Santé mentale=folie »

Du côté des femmes, l'idée de consulter pour des difficultés psychiques est profondément associée à la folie et à la disqualification sociale. Une participante explicite la distance entre les registres de sens : « Mais vous savez, dans notre pays, voir la psychologue, ça veut dire vraiment qu'il y a des problèmes de folie, qu'il y a quelqu'un qui ne va pas du tout. Ce n'est pas comme ici. Depuis que je suis là je comprends que ce n'est pas forcément ça. » Cette phrase condense un processus de re-cadrement progressif : la migration expose les femmes à d'autres définitions de la souffrance psychique, mais l'adhésion à ces nouvelles catégories n'est ni automatique ni homogène. Elle se heurte à un autre élément central des récits : la peur de l'intervention des services sociaux. Comme le formule une autre femme, « Il y a cette rumeur dans la communauté qui dit que si on dit que ça ne va pas psychologiquement, mentalement,



« Il y a cette rumeur dans la communauté qui dit que si on dit que ça ne va pas psychologiquement, mentalement, ils séparent les familles. »

—Sarah

ils séparent les familles. » La parentalité devient ainsi le point focal d'une double anxiété : protéger les enfants et préserver l'unité familiale, tout en gérant une souffrance psychique difficilement nommable et traitable dans le registre biomédical.

Reconfigurations familiales et pertes de soutiens

Les professionnels disposent d'une lecture historique de cette transformation. L'un d'eux souligne le rôle protecteur des familles élargies dans les contextes d'origine : « En post-partum, on est entouré d'une famille de 10 personnes. C'est sûr que vous allez en parler au moins à quelqu'un. En plus, c'est des familles avec qui vous avez grandi, donc vous vous sentez pas bien, les gens vont s'en rendre compte. Ils vont faire une sorte de psychothérapie familiale et donc ça va éviter d'arriver à avoir une maladie psychiatrique ou psychologique. Ce même témoin insiste sur la rupture induite par la migration : « Mais le problème, c'est qu'arrivés en France, on a changé les structures de famille. Ce n'est plus les familles qui cohabitent, nombreuses, c'est de la famille monoparentale et c'est là que ça pose problème. » Le passage à des structures familiales plus nucléaires et plus isolées, combiné aux conditions matérielles en Seine-Saint-Denis, fragilise ces mécanismes de co-régulation informelle.

Cette analyse rejoint le vécu des femmes qui décrivent la charge mentale comme centrée sur la réussite scolaire et la sécurité des enfants, dans un environnement où les repères éducatifs, les langues de la socialisation et les attentes institutionnelles sont multiples et parfois contradictoires.

« Mais vous savez, dans notre pays, voir la psychologue, ça veut dire vraiment qu'il y a des problèmes de folie, qu'il y a quelqu'un qui ne va pas du tout. Ce n'est pas comme ici. Depuis que je suis là je comprends que ce n'est pas forcément ça. »

—Inaya

Silence, stigma et impensés de la relation de soin

Les professionnel·les reconnaissent que la santé mentale est rarement abordée directement. Une sage-femme souligne que « la barrière de la langue » rend difficile la verbalisation de ces enjeux : « Franchement, je ne pourrais pas trop dire, parce que comme tu as cette barrière de la langue, moi, personnellement, je ne vais pas trop... Ce ne sont pas des choses que tu peux aborder facilement, que tu ne peux pas vraiment communiquer. »

En pratique, les femmes se tournent vers des ressources familiales, religieuses ou communautaires, tandis que les professionnel·les de santé mettent principalement en avant l'allaitement, l'isolement ou les traumatismes obstétricaux. Entre les deux, un véritable espace de non-communication persiste : les femmes racontent leur tristesse ou leur mal-être avec leurs propres mots, durant la période périnatale et indiquent que peu de suivi psychologique leur a été proposé.



Représentations culturelles

Corps, famille et laïcité dans la rencontre avec le système de santé

Pudeur, "honte" et déplacement culturel

Les récits des femmes sud-asiatiques montrent une manière de penser le corps féminin centrée sur la pudeur, la retenue et la protection de l'intimité.

Cette pudeur n'est pas vécue comme une honte négative, mais comme une forme de dignité et de respect de soi. Dès l'enfance, on leur apprend qu'une femme se protège, se couvre, et ne parle pas facilement de son corps avec des inconnus.

Lecture professionnelle et stéréotypes

Les professionnel·les de santé

interprètent ces attitudes à partir de leurs propres cadres de référence, marqués par une conception occidentale de l'autonomie féminine, par des biais implicites. Certaines décrivent des parents « d'une patience infinie » face aux comportements de leurs enfants, attribuant ce trait à l'"origine" des familles : « J'ai l'impression qu'il y a une espèce de patience sans limite de ce que font les enfants et de ce que ça impacte en termes d'acceptation... des parents qui sont d'une patience infinie. » Dans le champ de la maternité, le corps des femmes sud-asiatiques est parfois lu à travers des scripts déjà constitués, opposant par exemple des "syndromes" supposés à des réactions jugées exagérées ou désaffectées. Une professionnelle note ainsi : « Autant chez l'Afrique du Nord on dit beaucoup syndrome méditerranéen, autant chez les Sri Lankaises, Indiennes, Pakistanaises on a l'impression qu'elles surjouent un peu avec le mari. Après ils sont aux petits soins avec elle à ce moment-là. » Une

autre va plus loin dans la banalisation de la "résilience" supposée des femmes : « Elles ont eu cette mentalité de se dire, de toute façon, au pays, c'est comme ça, elles ont déjà accouché sans électricité, sans hôpital. Donc en fait,

rien ne les choque... Il y a une erreur médicale, elle s'en fiche, on ne s'occupe pas d'elle, elle s'en fiche, j'ai l'impression que rien ne les traverse. » Ces discours illustrent la manière dont des expériences complexes (souvent marquées par des violences, des inégalités structurelles et des trajectoires migratoires difficiles) sont simplifiés et réinterprétés

comme des traits culturels uniformes. Ils participent à ce que l'étude décrit comme une « incorporation de l'inégalité », où le genre, la "race" et l'origine géographique se combinent pour légitimer des standards de prise en charge différenciés.

Famille, transmission et ressources culturelles

Les mêmes récits montrent pourtant que les cultures d'origine constituent des ressources pour les femmes, notamment dans le domaine de la parentalité et du care. Une participante rappelle l'importance du soutien familial autour du premier enfant : « C'est parce que c'était mon premier bébé. Je n'avais pas beaucoup d'expérience. Mais j'étais entourée par ma famille, et dans notre culture, comme on dit, les parents ont toujours des conseils, des astuces, des outils pour nous aider à s'occuper des enfants, surtout quand



« En même temps, j'avais aussi peur que je vais venir dans une autre culture, dans un autre pays que je ne connaissais pas »

—Inaya



« On vient d'une culture où on apprend aux femmes à avoir de la retenue, de la pudeur. » On utilise les mots "honte" et "rideau", mais pas dans le sens négatif du mot honte. C'est une sorte de modestie, de discrétion. Et dans cette culture, le corps de la femme entre dans ce périmètre-là.»

—Jiya

on débute. » La famille élargie et les réseaux de parenté jouent ici un rôle de co-régulation affective et pratique. Cette dimension est souvent invisibilisée dans la lecture professionnelle, alors qu'elle constitue un point de tension majeur lors du passage à un environnement français où la cohabitation intergénérationnelle est plus rare et où les modèles éducatifs sont différents. C'est précisément à ce point d'articulation que les thèmes de la parentalité et de la santé mentale émergent.

Stratégies mobilisées

Ressources et contournements



« **Quand je parle avec un médecin tamoul, je peux expliquer les choses naturellement, dans ma langue. Je me sens plus à l'aise parce que je trouve les mots tout de suite, c'est plus facile pour moi. Mais quand je dois voir un médecin français, souvent je prépare le rendez-vous à l'avance.** »

—Jiya

Ressources des femmes : navigation et bricolage

Les femmes déploient une palette de stratégies pour atténuer les effets des barrières linguistiques, culturelles et institutionnelles. Elles utilisent Doctolib pour trouver des praticien·nes parlant leur langue, suivent des cours OFII malgré les contraintes de transport, s'engagent dans des groupes d'activités (physiques, culturelles, culinaires) et mobilisent les réseaux sociaux pour obtenir des informations sur la grossesse et la santé des enfants. Ces pratiques illustrent une forme de « navigation » autonome dans un système de santé perçu comme opaque.



Ajustements du côté des professionnel·les

Les professionnel·les, de leur côté, s'appuient sur des collègues de même langue, et les femmes mobilisent des interprètes, des associations et des réseaux communautaires. Ils reconnaissent cependant les limites de ces dispositifs. En psychiatrie notamment, une soignante souligne que « souvent les psychologues ne font pas appel à des interprètes », ce qui rend l'orientation vers un soutien psychologique « compliquée » pour les familles tamoules ou d'autres langues sud-asiatiques.

Cette absence d'intégration systématique de l'interprétariat en santé mentale renforce la marginalisation de ces sujets dans la relation de soin. De manière plus générale, un·e professionnel·le rappelle que « plein de choses dont elles ne parlent pas » restent hors champ, « parce qu'il y a la barrière de la langue, mais aussi parce qu'elles ne veulent pas déranger ».

Outil 1 :

Formation Migrations & Santé (interculturalité Inde / Asie du Sud)

Formation de 6 heures destinée aux soignantes en milieu hospitalier, centrée sur l'interculturalité avec les patientes originaires d'Inde et d'Asie du Sud, afin de mieux comprendre leurs références familiales, religieuses et culturelles dans la prise en charge des soins.



Outil 2 :

Livret Arokiyam en tamoul

Livret en langue tamoule réalisé par l'association Arokiyam contenant des informations de santé adaptées ainsi qu'une liste de contacts utiles, servant de support de médiation entre femmes, familles et institutions de soins, et facilitant l'orientation dans le système.

Outil 3 :

Formation INALCO « L'immigration sud-asiatique : famille, santé et représentations culturelles »

Formation permettant aux professionnel·les de mieux saisir les spécificités des familles issues de l'immigration sud-asiatique, leurs rapports à la santé et leurs représentations culturelles, afin d'ajuster les pratiques d'accompagnement et de communication.



Outil 4 :

Imagier santé des femmes – fable-lab

Outil visuel proposant un vocabulaire illustré autour de la santé des femmes, conçu pour des contextes de faible maîtrise du français, permettant de soutenir les consultations, l'éducation à la santé et les échanges avec des patientes peu ou non francophones.

Outil 5 :

Site d'éducation pour la santé Musafir

Site internet avec des informations sous formes de vidéos en 2 langues, ourdou et Français, sur santé mentale, santé sexuelle et accès aux droits de santé. Un lexique ourdou-français est également inclus.



L'Interprétariat au cœur du soin

L'importance de l'interprétation pour les femmes en parcours de maternité

Pourquoi privilégier l'humain face aux applications ?

Les résultats du projet **WomenHealthASU93**, nous rappellent que l'accès à une information fiable constitue un droit fondamental pour chaque patiente. L'interprète est bien plus qu'un simple traducteur de mots, il agit comme le garant de la sécurité et de la dignité de la femme au sein du parcours de soin. Cette mission de protection et d'accompagnement humain est portée au quotidien par l'expertise des interprètes-médiatrices **Farjana Hossin, Anamiga Joseph et Nohmana Khalid**, interprètes qui nous ont accompagnées durant notre projet. Contrairement aux outils numériques, leur présence permet de décoder le langage non verbal, de s'adapter aux tabous culturels et de confirmer que la patiente a réellement compris les enjeux de sa santé. Pour les femmes migrantes,

cet accompagnement personnalisé **réduit l'isolement** et **apaise l'anxiété** liée aux soins, instaurant ainsi la confiance indispensable à une grossesse sereine. Le recours systématique à des interprètes-médiatrices permet également de prévenir des risques cliniques majeurs que les outils technologiques ne peuvent pas écarter. En effet, l'utilisation d'applications de traduction en milieu médical présente des taux d'erreur élevés. Ces outils numériques peuvent générer des "hallucinations" ou des textes totalement fabriqués qui, lors d'une posologie de médicament peut s'avérer fatal. En privilégiant les interventions des interprètes, le consentement éclairé est sécurisé et le secret médical est respecté, là où les applications stockent souvent des données sensibles sur des serveurs tiers. Dans un contexte hospitalier, où une simple nuance mal comprise peut transformer un diagnostic de routine en une grave erreur, les interprètes médiatrices sont un rempart essentiel pour la sécurité des patientes.



Applis de traduction (IA)

VS

Interprète professionnel

Risque d'erreurs graves et d'omissions techniques

Peut augmenter l'anxiété en cas de contre-sens

Incapable de garantir un consentement éclairé

Traduction littérale uniquement

Précision technique et explications des diagnostics

Réduit l'isolement et instaure la confiance nécessaire

Garant de la compréhension réelle de la patiente

Décodage du non-verbal et des sensibilités culturelles

Optimiser la prise en soins

Bien que le recours à un proche, un ami ou même un mineur soit une pratique courante pour pallier l'urgence linguistique, cette solution soulève de graves problématiques éthiques. En plus de rompre le secret médical, l'utilisation de l'entourage **expose la patiente à des risques de censure d'informations intimes ou à des erreurs de diagnostic préjudiciables.** De la même manière, si les applications de traduction séduisent par leur



facilité d'accès, les outils non validés techniquement compromettent la fiabilité des soins et la confidentialité des données. Il est essentiel de comprendre que solliciter un interprète professionnel n'est pas une perte de temps, mais **un investissement dans la sécurité de la patiente.** En garantissant une communication précise et fluide dès le premier contact, on assure un parcours de soin de meilleure qualité, évitant ainsi les complications liées aux malentendus.

Projet WomenHealthASU93

*Expérience du parcours de santé
des femmes sud-asiatiques en
Seine-Saint-Denis*



Johann OMIYA (CAILHOL)

Paige GASKINS

Lucia GENTILE

Sabah JAROOF

Clémence JULLIEN

Sofia MEISTER

Noélie NDIAYE

Valéry RIDDE

Marie-Caroline SAGLIO-YATZIMIRSKY

conçu par : Paige Gaskins

