



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Être sage-femme à l'île Maurice

Observation menée à la maternité de

L'Hôpital Victoria, Ile Maurice

Mémoire présenté et soutenu par

Preethee JOYMANGUL

Promotion 2006-2010

REMERCIEMENTS

Un grand merci à tout le personnel de la maternité de l'hôpital Victoria ainsi qu'à tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à construire ce mémoire.

A Madame Belgy, de m'avoir aidé et orienté vers un sujet qui me correspond.

A Madame Vencatasamy, sage-femme enseignante de l'école de sage-femme de l'île Maurice, de m'avoir accordé un peu de son temps et de son expérience.

A Monsieur Labat, sociologue, pour ses conseils avisés malgré l'urgence.

A mes parents, qui ont toujours été présents pour moi malgré les 10000 km qui nous séparent. Merci de m'avoir encouragée et d'avoir prié pour moi.

A Beb et Crésus, mes deux frères adorés.

A Florent, qui me supporte et m'encourage malgré les hauts et les bas. Grâce à toi j'ai découvert l'amour et la motivation d'avancer chaque jour.

A Brigitte et Gilles, d'avoir été là quand j'en avais besoin et de m'avoir accepté dans leur famille.

Merci aussi à tous ceux que j'ai rencontrés durant ma formation et qui m'ont aidé.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Abbreviations	6
Préface.....	7
Introduction	9
Partie 1 – Le système de santé à l’île Maurice.....	12
1. LE SYSTEME DE SANTE	13
1.1. Définition	13
1.2. Les Coopérations Internationales.....	13
1.2.1. L’Organisation Mondiale de la Santé, OMS.....	13
1.2.2. La Déclaration d’Alma-Ata.....	14
1.2.3. La Banque Mondiale.....	14
1.2.4. L’Organisation Internationale de la Francophonie	15
1.2.5. Le Commonwealth.....	15
1.3. Le Budget de la Santé	16
1.4. L’Organisation du système actuel.....	16
1.4.1. Les soins de santé primaire	17
1.4.2. Les soins de santé secondaire.....	18
1.4.3. Les soins de santé tertiaire	18
1.4.4. Le secteur privé.....	18
1.4.5. Les services associés.....	19
2. POLITIQUE EN MATIERE DE REPRODUCTION.....	20
2.1. La mortalité maternelle	20
2.2. La mortalité infantile.....	21
2.3. Les recommandations de l’OMS.....	22
2.4. La politique du Ministère de la santé.....	22
3. LES AUTRES PERSONNELS COMPETENTS EN OBSTETRIQUE.....	24
3.1. Les Médecins gynécologues obstétricien.....	24
3.2. La Matrone (Cadre supérieure).....	24
3.3. La Ward Manager (Sage-femme Cadre).....	25
3.4. La « Charged Nurse »	25
3.5. La démographie médicale	25
4. LE STATUT DE LA FEMME A L’ILE MAURICE.....	27

Partie 2 – La Sage-femme à l’île Maurice.....	29
1. HISTORIQUE DE LA PROFESSION	30
2. LA FORMATION DE SAGE-FEMME A L’ILE MAURICE	32
2.1 Le « Central School of Nursing »	32
2.2 L’entrée à l’école de sage-femme	32
2.3 Durée de la formation.....	33
2.4 Contenu de la formation.....	33
2.5 Nombre d’heures	34
2.6 Nombre d’actes réalisés	35
2.7 Validation de la formation	36
3 LA SAGE-FEMME EN FRANCE	37
3.1 Historique.....	37
3.2 La formation de sage-femme	38
3.2.1 La première phase	38
3.2.2 La deuxième phase.....	38
3.3 Les compétences de la sage-femme	39
4 LA PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS L’ORGANISATION DU SERVICE....	41
5 LES COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME.....	42
6 LES PRATIQUES OBSTETRIQUES.....	45
6.1 Le suivi de grossesse.....	45
6.1.1 La Clinique.....	45
6.1.2 La Para clinique.....	45
6.1.3 Les Traitements.....	46
6.2 Les pathologies associées à la grossesse.....	46
6.2.1 Le diabète	46
6.2.2 L’hypertension	47
6.2.3 L’anémie	47
6.3 La salle des naissances	48
6.3.1 Le travail	48
6.3.2 Le déclenchement.....	49
6.3.3 L’accouchement	49
6.3.4 La césarienne.....	50
6.4 Les suites de couches	50
Partie 3 – Discussion dans la visée d’adaptation.....	53
1. LA SOCIOLOGIE DE L’INDIVIDU	54
1.1. La socialisation	54
1.2. La subjectivation	54
1.3. L’individuation.....	55

2. LE STAGE	56
3. LES DIFFICULTES RENCONTREES EN PRATIQUE	57
3.1. Le comportement des usagers	57
3.2. Les multiples pratiques médicales	57
3.3. L'absence du père	58
3.4. Notion de la douleur.....	58
4. IES PERSPECTIVES D'ADAPTATION	59
4.1. La Consultation	59
4.2. L'accouchement	60
4.3. Les suites de couches	62
5. FAIRE DES ETUDES A L'ETRANGER	63
6. LE DILEMME	64
6.1. Exercer en France.....	64
6.2. Exercer à l'île Maurice.....	65
7. MON EXPERIENCE	66
Conclusion	67
Bibliographie	68
TABLE DES MATIERES	71
Annexe 1 : Localisation de l'île maurice	74
Annexe 2 : Carte de l'île maurice	75
Annexe 3 : Organisation du système de santé	76
Annexe 4 : Les hôpitaux de l'île	77
Annexe 4 : Situation géographique de l'hôpital Victoria	78
Annexe 5: Les objectifs du millénaire	79
Annexe 6: Professional code of practice for nurses and midwives	80
Annexe 7: Photographies de la maternité de l'hôpital victoria	83
Annexe 8 : Carnet des étudiantes sages-femmes	88

ABBREVIATIONS

- cc : Centimètre Cube
- cm : Centimètre
- DLG : Décubitus Latéral Gauche
- HGPO : Hyper Glycémie Provoquée par voie Orale
- IM : Intramusculaire
- INSEE : Institut National des Statistiques et d'Etudes Economiques
- IV : Intraveineuse
- mg : Milligramme
- ml : Millilitre
- NICU : Neonatal Intensive Care Unit
- PCEM1 : Premier cycle d'études médicales
- SA : Semaines d'Aménorrhées
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- UI : Unité Internationale
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Ce sujet de mémoire n'était pas mon sujet de départ. Je voulais faire une évaluation des pratiques professionnelles en matière des hémorragies de la délivrance à l'île Maurice. L'idée des hémorragies de la délivrance est un sujet qui me touche personnellement et c'est la première cause de mortalité maternelle dans le monde. C'est une situation que redoutent tous les professionnels de santé dans n'importe quel coin de la planète.

Mon protocole de mémoire ayant été validé par l'équipe enseignante de l'école de sage-femme de Nancy, je l'ai envoyé au comité d'éthique du Ministère de la santé Mauricien pour validation et la réponse était positive. Mais c'est seulement quand je suis allée à Maurice que j'ai pu constater que l'étude de départ n'était pas possible. En effet, les pertes de sang après l'accouchement ne sont pas quantifiées et le diagnostic de l'hémorragie de la délivrance se fait par estimation visuelle. De ce fait les pertes sont approximatives et cela aurait biaisé mon étude.

L'autre problème rencontré est que les dossiers obstétricaux ne sont pas codifiés. Ce qui veut dire que pour trouver les dossiers des patientes ayant fait une hémorragie de la délivrance, il aurait fallu ressortir tous les dossiers des accouchées de l'année précédente (environ 4000 dossiers) pour pouvoir faire le tri. C'est sur ce point que le directeur de l'hôpital Victoria a refusé que j'accède aux dossiers.

Le sujet de mon mémoire m'est venu après mon stage d'été à l'île Maurice. Etant d'origine mauricienne, j'ai voulu faire ce stage dans le but de mieux connaître le système de santé ainsi que le métier de sage-femme à l'île Maurice. L'idée actuelle m'a paru une bonne chose car j'ai rencontré quelques difficultés d'adaptation lors de mon stage. Comme j'ai eu l'occasion de passer un peu de temps dans les différents services de la maternité, j'ai pu observer les pratiques obstétricales mauriciennes.

Depuis toute petite je voulais être sage-femme et après de nombreuses recherches, j'ai choisi de venir en France pour mes études. Le fait de quitter ma famille et mon pays était une façon de découvrir un autre pays et une autre façon de vivre. Cela m'a aussi permis d'apprendre à voler de mes propres ailes.

Au départ pour moi le métier de sage-femme signifiait « mettre des bébés au monde ». C'est seulement quand j'ai fait ma première année de médecine (PCEM1) que j'ai vraiment appris ce qu'était le métier de sage-femme. C'est une profession médicale et pluridisciplinaire contrairement aux idées reçues. La sage-femme est présente à tous les niveaux de la périnatalité. La sage-femme à l'île Maurice a un rôle très différent de celui en France. C'est un métier paramédical, au même titre que les infirmières.

Ce mémoire est une vision globale sur la façon de m'adapter si je décide de travailler à l'île Maurice. C'est aussi une façon de voir comment je pourrais mettre en pratique ce que j'ai appris en France dans le domaine de la périnatalité à l'île Maurice.

Certains termes ont été expressément laissés en anglais car je n'ai pas trouvé d'équivalent en français. Cela concerne surtout les types de centres de soins et les différents grades de sage-femme.

Introduction

L'île Maurice fait partie des pays en voie de développement. Comme beaucoup de pays d'Afrique, l'île a été colonisée par les anglais, puis par les français. Après l'indépendance, le pays a du faire face à de nombreux changements, notamment en matière de santé. Grâce aux aides internationales, le pays a pu se reconstruire et améliorer les infrastructures de santé.

L'impact de la colonisation ainsi que de l'esclavage a laissé des empreintes sur la population mauricienne. En effet, il existe un mélange de culture et de rituels apporté par les esclaves venant d'Afrique ou d'Asie. Cet impact se voit encore aujourd'hui avec une population multiraciale, où la religion a une place prépondérante. C'est un point important qui influence beaucoup le système de santé ainsi que ses pratiques.

Le système de santé mauricien est le résultat de beaucoup d'efforts mis en place par le gouvernement en partenariat avec les organisations internationales. Ce système est en constante évolution même si beaucoup de progrès ont été faits dans ce domaine. Les chiffres des indicateurs de santé sont quasi comparables à ceux des pays développés.

La première partie de ce mémoire décrit le système de santé mauricien. C'est un système qui est différent de celui en France avec la décentralisation des services de santé en soins primaires, secondaires et tertiaires. Le budget ainsi que les coopérations internationales seront aussi abordés dans cette partie.

Ce système de santé est un système qui ne m'est pas tout à fait inconnu, et le stage d'été a permis de mieux approfondir mes connaissances sur son fonctionnement. Ce point ainsi que les observations faites dans les différents services de la maternité de l'hôpital Victoria sera détaillé dans la deuxième partie. L'observation menée pendant le stage a aussi permis de mieux connaître le métier de sage-femme hospitalière à l'île Maurice. La sage-femme a rôle prépondérant dans le domaine de la périnatalité, malgré ses compétences limitées. Le contenu de la formation de sage-femme et sa durée seront abordés dans la deuxième partie.

Après avoir décrit l'organisation du système de santé, les pratiques obstétricales et la formation de la sage-femme à l'île Maurice, la troisième partie concerne les perspectives d'adaptation pour une sage-femme ayant eu une formation en France. Le but de ce mémoire n'est pas de critiquer ou de comparer ce que j'ai appris en France et ce qui

se fait à l'île Maurice, mais plutôt d'apporter un regard extérieur sur les pratiques obstétricales. Il concerne également la description du métier de sage-femme à l'île Maurice, un métier qui n'est pas reconnu à sa juste valeur.



Partie 1

*LE SYSTÈME DE SANTÉ À
L'ÎLE MAURICE*

Partie 1 – Le système de santé à l’île Maurice

Maurice est une île située au sud-est de l’océan indien à environ 2000 km de la côte africaine, à 1000 km de Madagascar et à 160 km de l’île de la Réunion. Elle forme l’archipel des Mascareignes avec l’île de la Réunion et l’île Rodrigues. L’île a une superficie de 1866 km² et elle est divisée en 9 districts. Sa capitale est Port-Louis qui est aussi le centre administratif.

Au dernier recensement on comptait 1 252 000 habitants dont 27% était des femmes âgées entre 15 et 49 ans. Le taux de croissance annuel de la population est d’environ +1% avec une densité moyenne de 674 habitants/km² [1].

Depuis les trente dernières années, l’espérance de vie est passée de 63 ans à 71 ans et le taux de mortalité infantile dans la première année de vie est passé de 64 à 14 décès pour 1000 naissances vivantes [2]. Le nombre de mortalité maternelle enregistré en 2007 était de 6, soit un taux de 0,37 pour 1000 naissances [3]. Ces indicateurs de santé montrent que l’état de santé actuel de la population s’est beaucoup amélioré et ces chiffres sont désormais comparables à ceux des pays développés.

On peut penser que les moyens mis en place par le gouvernement ainsi que l’évolution du système de santé depuis l’indépendance en 1968 ont largement contribué à l’amélioration des conditions de santé. La gratuité de l’accès à la santé dans les hôpitaux publics est un autre facteur explicatif de toutes ces améliorations.

1. LE SYSTEME DE SANTE

Pour mieux comprendre le système de santé actuel, il faut prendre en considération l'influence des colonisations ainsi que l'évolution de ce système depuis l'indépendance de l'île en 1968. Suite aux vagues de décolonisation qui touchaient beaucoup de pays d'Afrique, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi un objectif qui était de rendre accessible « la santé pour tous en l'an 2000 ».

1.1. Définition

Un système de santé décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé.

L'étude d'un système de santé permet de mieux connaître le fonctionnement de la prise en charge médicale et sociale, le financement et la gestion des dépenses liées à la santé, les moyens de lutte ou de prévention mis en place dans le cadre de politiques sanitaires, ou encore des moyens de recherche scientifique mis en place.

1.2. Les Coopérations Internationales

Le système de soins actuel est basé sur la coopération de plusieurs organisations internationales et il résulte d'un processus mondial visant à améliorer la santé dans les pays en voie de développement.

1.2.1. L'Organisation Mondiale de la Santé, OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé est l'institution internationale des Nations Unies spécialisée dans la santé. Elle a été créée en 1945 à San Francisco et c'est seulement en 1948 que la constitution de l'OMS est entrée en vigueur. L'OMS est une organisation de santé intergouvernementale et tous les états peuvent y adhérer en acceptant sa constitution. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale et sa

mission est « l'obtention du meilleur niveau de santé à toutes les personnes » (Article 1 de la constitution de l'OMS) [4].

L'accord pour l'apport de supports logistiques entre l'OMS et le gouvernement de l'île Maurice a été instauré en octobre 1970 [5].

1.2.2. La Déclaration d'Alma-Ata

En 1978, l'OMS a tenu une conférence internationale à Alma-Ata au Kazakhstan pour promouvoir la santé primaire dans tous les pays du monde et favoriser l'accès aux soins pour tous.

Définition des soins de santé primaire selon l'OMS [6] :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

L'île Maurice a adopté les accords de la conférence et les centres de santé régionaux ainsi que les centres de santé communautaire ont été créés pour rendre accessible les soins de santé primaire à toute la population.

1.2.3. La Banque Mondiale

La Banque Mondiale est une institution composée de 5 organismes de développement étroitement liés entre eux. Initialement elle a été conçue pour soutenir le processus de développement et de reconstruction d'après-guerre et désormais son

principal objectif est de réduire la pauvreté dans le monde et ainsi réduire le fossé entre les pays riches et les pays pauvres. Elle aide les gouvernements en finançant la construction d'écoles, de centres de santé, en permettant l'accès à l'eau potable et à l'électricité, en luttant contre les maladies et en protégeant l'environnement.

Depuis l'indépendance de l'île Maurice, la Banque Mondiale a soutenu le développement d'une trentaine de projets dont deux grandes interventions au sein du pays: développement de l'éducation et de l'accès aux soins [7]

1.2.4. L'Organisation Internationale de la Francophonie

L'organisation internationale de la francophonie est une organisation des pays francophone qui a été créée le 20 mars 1970 à Niamey, la capitale du Niger et compte à ce jour 56 états membres. Fondée autour du partage d'une langue commune, le français, elle exerce une action politique en faveur de la paix, de la démocratie et des droits de l'Homme. Elle apporte à ses états et gouvernements membres un appui dans l'élaboration ou la consolidation de leurs politiques sectorielles, notamment dans le domaine de la santé [8].

L'île Maurice fait partie de cette organisation car elle était une ancienne colonie française. Il existe une coopération bilatérale entre la France et l'île Maurice avec pour objectif principale la formation de futures élites. C'est ainsi que chaque année plusieurs étudiants mauriciens ont la possibilité de poursuivre leurs études médicales universitaire et postuniversitaire en France grâce à la coopération de l'ambassade de France.

1.2.5. Le Commonwealth

Le Commonwealth est l'association d'anciennes colonies de l'Empire Britannique et est aujourd'hui encore dirigé par le souverain du Royaume-Uni. L'originalité du Commonwealth est que les pays membres sont unis par leurs intérêts communs, mais sont autonomes. Ils ne sont liés par aucun traité et peuvent rester neutre lorsqu'un conflit engage un ou plusieurs d'entre eux. Il compte à ce jour 53 états membre, dont l'île Maurice qui est devenue membre dès le lendemain de l'indépendance en 1968. Un des objectifs principaux de l'organisation est de renforcer l'accès aux soins de santé en

favorisant le développement des stratégies politiques nationales et régionales en matière de santé [9].

Tout comme le Canada, l'île Maurice fait partie de la Francophonie ainsi que du Commonwealth. C'est le signe de l'héritage laissé par le passage de deux colonies sur l'île. Le 2 avril 2008 a eu lieu une conférence sur la promotion du système de soins dans les pays membres. En ce qui concerne l'île Maurice l'accent a été mis sur l'éducation médicale ainsi que le tourisme médical [10].

1.3. Le Budget de la Santé

Afin de garantir la gratuité de l'accès aux soins dans le secteur public, le financement est principalement assuré par l'Etat, ainsi que les aides internationales.

Le budget pour 2008-2009 consacré à la santé est d'environ 5 milliards de roupies. Le tableau suivant montre la répartition des dépenses entre les différents secteurs de la santé.

Programmes de la santé	Budget 2008-2009 en Roupies	Budget 2008-2009 en Euros
Gestion de la santé	272 397 000	6 053 260
Services curatifs	3 854 377 000	85 652 820
Soins de santé primaire et santé publique	728 774 200	16 194 980
Traitement et prévention du VIH et SIDA	67 700 000	1 504 400
Promotion de la santé et prévention des maladies non transmissibles	16 751 800	372 262
Total	4 940 000 000	109 777 722

Source : Ministère de la santé, Health Statistics Report 2008.

1.4. L'Organisation du système actuel [2]

L'état général de la santé à l'île Maurice est en constante progression depuis ces dernières années. L'espérance de vie et le taux de mortalité infantile sont deux facteurs fréquemment utilisés pour comparer les différents niveaux de santé dans un même pays ou entre différents pays.

A Maurice on constate que ces chiffres sont comparables à ceux des pays développés, grâce aux progrès qui ont été faits en matière de santé. Un des points important dans le système de santé est que les soins médicaux dans le service public sont gratuits pour toute la population.

Afin de décentraliser et de moderniser les services de santé pour mieux répondre aux demandes de la population, le ministère de la santé a divisé le pays en 5 régions :

- Région 1 – Port-Louis
- Région 2 – Pamplemousses
- Régions 3 – Moka/Flacq
- Région 4 – Grand-Port/Savanne
- Région 5 – Plaines Wilhems

Il existe tout un réseau de système de santé primaire, secondaire et tertiaire comme le montre l'annexe. [Voir annexe]

1.4.1. Les soins de santé primaire

Il existe actuellement 23 Centres de Santé Régionaux (Area Health Centres) repartis sur toute l'île qui sont les premiers points de contact avec les malades et les cas nécessitant des soins supplémentaires sont adressés aux hôpitaux régionaux ou aux hôpitaux spécialisés.

Les soins prodigués dans ces centres sont

- la vaccination,
- la radiologie,
- les soins dentaires,
- les examens de laboratoire,
- la délivrance de médicament ne nécessitant pas l'avis d'un spécialiste.

Ces centres sont aussi responsables de l'éducation à la santé en ce qui concerne la prévention des maladies transmissibles.

Ces centres de santé primaire sont en lien avec 108 Centres de Santé Communautaire (Community Health Centres), qui sont responsables de la promotion de

la santé, du planning familial et des services de diagnostic et de traitement de santé primaire au niveau des régions.

1.4.2. Les soins de santé secondaire

Il existe 5 hôpitaux régionaux qui fournissent de soins curatifs et qui sont sous la responsabilité du directeur régional de la santé. Il s'occupe aussi de l'administration générale et de la gestion des centres de santé communautaire, des centres de santé régionaux ainsi que les autres hôpitaux de la région.

Les services offerts sont la médecine générale, la chirurgie, les urgences, l'obstétrique, la gynécologie, l'orthopédie, la traumatologie, la pédiatrie et les soins intensifs. A chaque service d'urgence est rattaché le SAMU. Le service des soins secondaire englobe les hôpitaux généraux, les hôpitaux spécialisés ainsi que les cliniques privées.

1.4.3. Les soins de santé tertiaire

Le centre de cardiologie constitue ce 3^{ème} niveau de soins avec des soins spécialisés qui comportent la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie. D'autres hôpitaux spécialisés à Maurice sont la psychiatrie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie ainsi que les maladies pulmonaires (la tuberculose, le cancer du poumon... etc.).

1.4.4. Le secteur privé

Dans tout le pays, il existe 14 cliniques privées qui offrent des soins primaires aussi bien que des soins spécialisés. En 2001, on notait près de 2700 naissances dans les cliniques privées. Sur les 4300 lits disponibles sur l'île, 14% sont dans le secteur privé [2].

Il faut ajouter que le coût des soins privés, qui nécessite par ailleurs la souscription à une assurance privée, ne rendent ces soins accessibles qu'à une classe aisée de la population.

Depuis juillet 2009 une nouvelle clinique privée du groupe des Hôpitaux Indiens Apollo a ouvert ses portes. Elle dispense des soins en cardiologie, en orthopédie et la

chirurgie plastique principalement. Auparavant certains soins n'étaient pas dispensés sur l'île et le gouvernement donnait un subside pour permettre aux patients d'aller en Inde pour se faire soigner. Avec la création de cette clinique, la majorité des soins sont maintenant accessibles sur l'île. L'autre objectif principal de la clinique et du gouvernement est « de promouvoir le tourisme médical où les gens peuvent combiner leurs vacances et leurs traitements ».

1.4.5. Les services associés

Chaque hôpital régional a son propre laboratoire de biochimie, d'hématologie, d'histologie, de microbiologie et de parasitologie qui dépend du laboratoire central pour des bilans à plus grande échelle aussi bien dans le secteur public que privé.

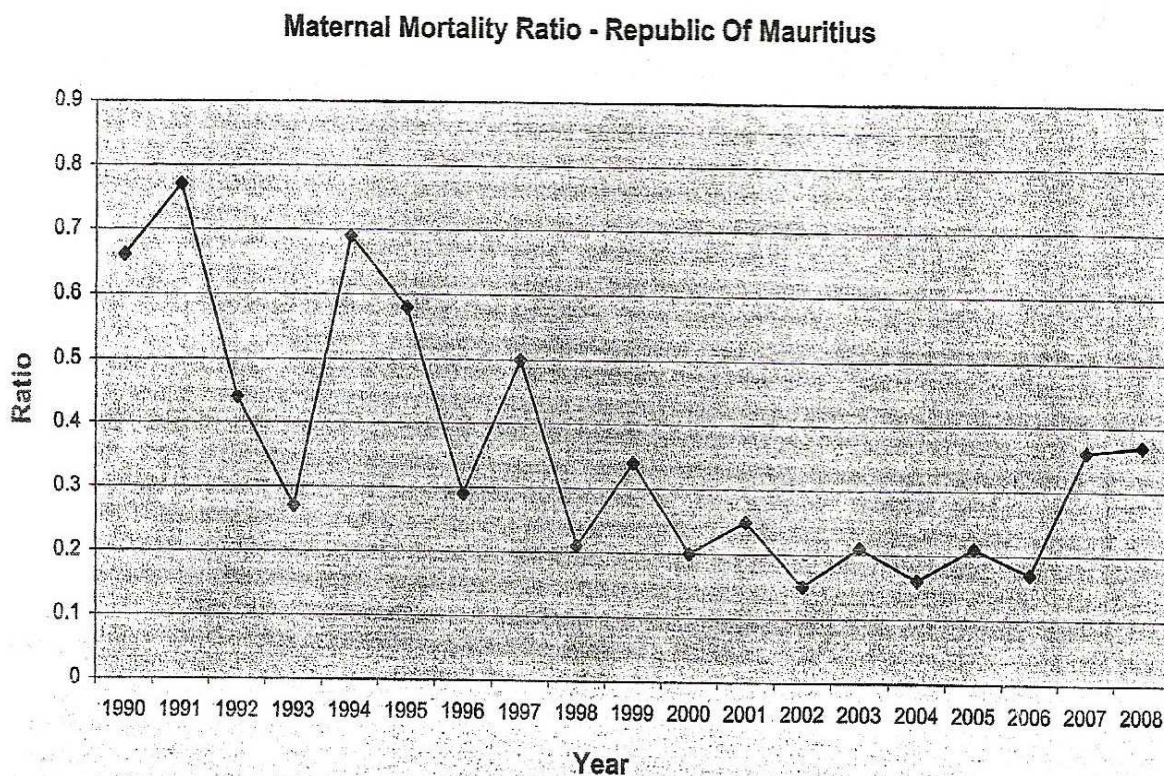
Il existe aussi un service de transfusion sanguine qui dépend du centre de transfusion situé à l'Hôpital Victoria. Le centre de transfusion est responsable de la collecte de sang et de sa redistribution dans les différents hôpitaux de l'île.

2. POLITIQUE EN MATIERE DE REPRODUCTION

Contrairement aux autres pays d'Afrique ou d'autres pays en développement, les chiffres des indicateurs de santé montrent que l'état de santé à l'île Maurice est sur la bonne voie. Grâce aux aides internationales ainsi que les nombreuses actions mises en place par le gouvernement, d'énormes progrès ont été faits pour améliorer la mortalité maternelle et infantile ainsi que la régulation des naissances.

2.1. La mortalité maternelle

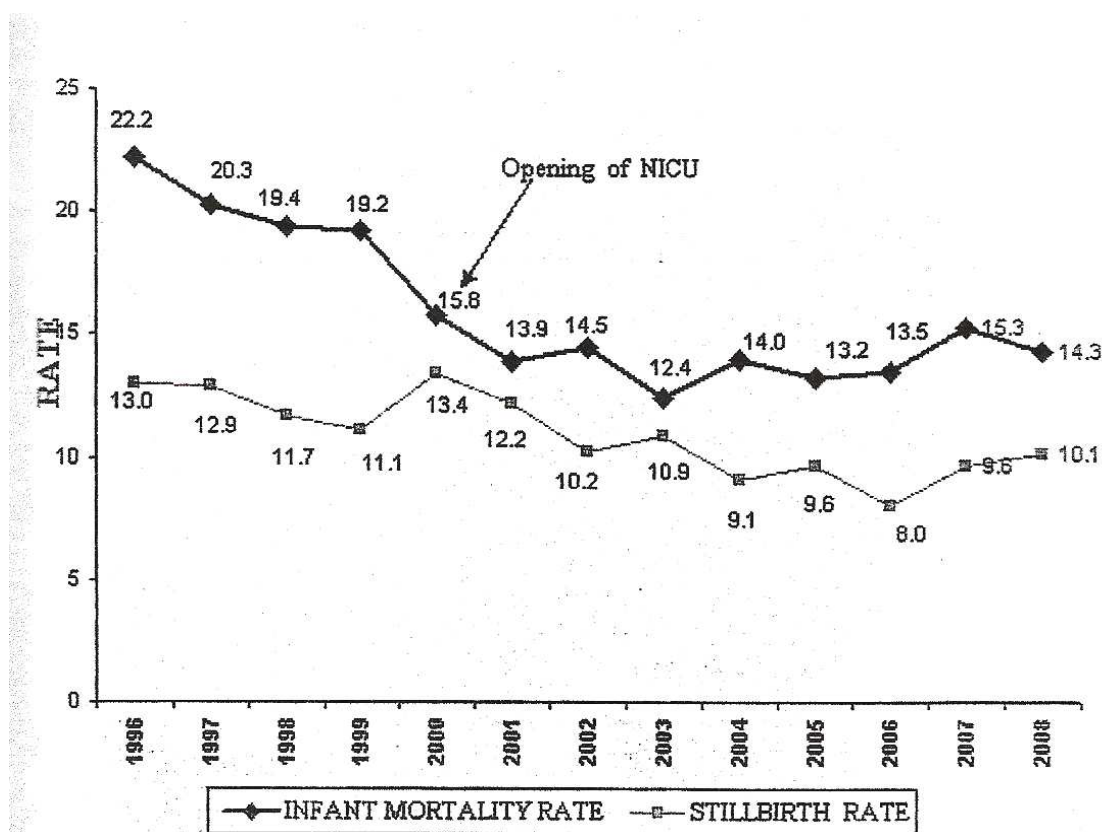
Selon les statistiques du ministère de la santé publiées en 2008, le taux de mortalité maternelle enregistré était de 0,38 pour 1000 naissances, soit 6 décès pour environ 15,600 naissances. Parmi les causes de décès en 2008 on retrouve : un cas d'avortement, un cas d'éclampsie, deux cas d'hémorragie de la délivrance, un cas d'embolie pulmonaire et un cas de coagulation vasculaire disséminée. Depuis les années 1990 ce taux est en constante baisse comme le montre le graphique suivant. [13]



2.2. La mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile est « *le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants* » (INSEE). En 2008, on a enregistré 223 décès sur toute l'île, ce qui correspond à un taux de 14,3 pour 1000 naissances [13]. En France, l'INSEE a enregistré un taux de 3,33 pour 1000 naissances en 2008.

En 1996, à l'île Maurice, ce taux était au maximum, passant de 19,6 en 1995 à 22,2 en 1996. Suite à l'ouverture du service de réanimation néonatale (NICU) de l'hôpital Victoria en mai 1999, la mortalité infantile a considérablement baissée en l'an 2000 avec un taux de 15,8. Le graphique suivant montre la tendance décroissante de la mortalité infantile et la comparaison avec le taux d'enfants mort-nés.



2.3. Les recommandations de l'OMS

Depuis sa création une des préoccupations principales de l'OMS est d'améliorer la santé maternelle et la réduction de la mortalité et de la morbidité. De nombreuses recommandations ont été mises en place afin de rendre accessible les soins de santé primaire. Dans la déclaration d'Alma Ata, la définition des soins primaires précise que la dispense des soins de base inclut la santé de la mère et de l'enfant ainsi que la maternité [6].

Dans cette même optique les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été adoptés lors du Sommet du Millénaire en 2000. L'OMD5 concerne l'amélioration de la santé maternelle. Les pays qui ont adopté ses objectifs se sont donc engagés à réduire de trois-quarts le taux de mortalité maternelle d'ici l'an 2015. [Voir annexe]

Selon le rapport de l'ONU publié en 2005 sur le Développement Humain, l'île Maurice se place parmi les pays avec un développement humain élevé. En ce qui concerne la mortalité maternelle dans ce même rapport, on peut constater que le taux a considérablement chuté depuis 1990. On est passé de 15 décès pour 1000 naissances en 1990 à 6 décès en 2008, avec un taux minimal de 1 décès enregistré en 2002. Il faut aussi noter que la proportion de naissances assistées par des professionnels spécialisés est de presque 100% depuis 1999. [11]

2.4. La politique du Ministère de la santé

En ce qui concerne le domaine de la reproduction, plusieurs actions ont été mises en place afin de promouvoir la santé reproductive ainsi que des campagnes d'informations en matière de contraception. Le programme de planning familial qui a pour objectif d'améliorer la santé reproductive de toute la population, a été mis en place suite à l'adoption des recommandations du plan d'action de la conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenu au Caire en 1994 [2].

La *Mauritius Family Planning Association* est une organisation non gouvernementale qui a été créé en 1957 suite à l'impact négatif qu'avait l'augmentation du taux de croissance de la population sur le développement du pays. Son but principal à l'époque était de promouvoir la contraception auprès de la population afin de limiter le

nombre de naissances. C'est ainsi que 4 cliniques ont été ouvertes sur l'île afin de prodiguer des informations sur la contraception mais aussi des soins en gynécologie et obstétrique. De nos jours l'association a étendu son champ d'action en mettant surtout l'accent sur l'éducation sexuelle chez les adolescents ainsi que la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Les membres de l'association organisent des séances d'information dans les écoles primaires et secondaires ainsi que des programmes de conseil pré marital. [12]

Par ailleurs, un des buts principaux de toutes ces actions est de prévenir l'avortement. En plus d'être interdit par la loi, l'avortement est soumis aux pressions culturelles et religieuses, ce qui encourage sa pratique clandestine. D'où les nombreuses complications (pouvant aller jusqu'au décès) liées à son manque d'encadrement.

3. LES AUTRES PERSONNELS COMPETENTS EN OBSTETRIQUE

L'accouchement est encore de nos jours une affaire de femmes. Dans la démographie des professionnels de santé en obstétrique on retrouve majoritairement des femmes. Les hommes se comptent surtout parmi les médecins et le métier de sage-femme reste exclusivement réservé aux femmes.

3.1. Les Médecins gynécologues obstétricien

La formation des médecins est différente de celle en France. Il existe qu'une école de médecine qui est rattachée à l'université de Maurice. L'entrée se fait après un baccalauréat scientifique et sans besoin de passer un concours. Les cours de médecine théorique durent 5 ans et ensuite il y a 2 ans de pratique dans les services hospitaliers avant de choisir leur spécialité.

Beaucoup de médecins qui exercent à Maurice ont fait leurs études à l'étranger, soit en France, en Angleterre, en Inde, en Russie ou en Ukraine. De plus la majorité de praticiens hospitaliers alterne entre l'hôpital et les cliniques privées.

3.2. La Matrone (Cadre supérieure)

Ce poste est souvent assuré par une infirmière ou sage-femme nommée par le ministère de la santé. Il faut qu'elle ait gravi les échelons en passant par le poste de cadre et de responsable de service.

Son travail consiste en la gestion des différents services de gynécologie, d'obstétrique ou d'autres services où sont hospitalisées les femmes. Son rôle est de veiller à la bonne gestion des services concernés par l'intermédiaire des responsables de service ou des cadres. Elle s'occupe aussi de faire monter au niveau de l'administration les doléances et les suggestions des différents services sous sa responsabilité ainsi que l'achat de matériel nécessaire.

3.3. La Ward Manager (Sage-femme Cadre)

Il s'agit d'une sage-femme ou d'une infirmière spécialisée en obstétrique nommée par le ministère de la santé et ayant exercée en tant que cadre dans le service.

Elle est responsable de la gestion d'un service donné, c'est-à-dire, de la gestion du personnel ainsi que de la logistique de son service. Son travail est l'équivalent de la sage-femme cadre en France.

3.4. La « Charged Nurse »

La « charged nurse » est une sage-femme ou infirmière spécialisée en obstétrique nommée par le ministère de la santé après une certaine année d'expérience dans le domaine de l'obstétrique. Son rôle en tant que cadre est différent du rôle en France..

Il y a toujours une « charged nurse » par roulement et elle assure la répartition des tâches parmi le personnel. Elle n'a pas de rôle administratif et continue à exercer tout en supervisant le personnel.

3.5. La démographie médicale

Un des points faibles du système de santé à l'île Maurice est le manque de personnels médical ou paramédical.

En 2008, le nombre de médecins employés par le ministère de la santé est de 852 dont 275 spécialistes. Ce qui fait environ 1 médecin pour 1000 habitants. Parmi ces 852 médecins 598 travaillent dans le privé [13]. Le manque de médecin s'explique souvent par le fait que beaucoup d'étudiants partent à l'étranger pour leurs études et ne reviennent pas au pays pour travailler par manque d'ouverture professionnelle.

En ce qui concerne les autres professionnels de santé, on note 3500 infirmières et sages-femmes, soit environ 3 pour 1000 habitants [13]. Le gros problème auquel le ministère de la santé a du faire face est que beaucoup de personnels partent dans le privé ou à l'étranger pour exercer essentiellement pour une motivation financière. Des mesures ont été mises en place par le ministère afin d'améliorer les conditions de travail et de garder le personnel.

A chaque réforme médicale l'accent est mis sur l'amélioration de la formation de personnels qualifiés. Lors de la publication du plan d'action du ministère de la santé en 2002, les propositions apportées étaient de recruter des médecins étrangers et certains médecins mauriciens sur contrat et d'augmenter le nombre d'étudiants admis dans les écoles d'infirmière afin d'augmenter le personnel paramédical. L'autre proposition importante est de recruter les médecins qui font leurs études de médecine à l'Université de Bordeaux à travers le partenariat entre l'Université de Maurice et l'Ambassade de France.

A ce jour aucune donnée n'a été publiée par le ministère de la santé permettant de montrer l'efficacité de ces nouvelles mesures.

4. STATUT DE LA FEMME A L'ILE MAURICE

Violences conjugales, discriminations, inégalité des salaires : ce sont là de nombreux problèmes qui ne touchent que les femmes, exclusivement. Certes, de nombreuses réformes législatives en vue d'éliminer toute forme de discrimination à l'égard des femmes ont été amenées. On peut citer le « *Sex Discrimination Act* », « *l'Equal Opportunities Act* » qui n'est pas encore en vigueur, l'amendement du Code civil quant aux droits des femmes mariées sous le régime de la communauté de biens. Mais force est de constater qu'à Maurice, il y a eu très peu de changement au niveau de l'attitude envers la femme.

Bien qu'au cours des dernières décennies la participation des femmes à la vie active ait beaucoup progressé, d'autres améliorations se font toujours attendre, en ce qui concerne notamment leurs conditions de travail et la reconnaissance du travail non rémunéré des femmes. En assurant aux femmes, sur un pied d'égalité avec les hommes, la possibilité d'avoir accès à un revenu et de le gérer, on se rapproche considérablement de la réalisation des droits des femmes. Même lorsqu'elles font partie de la population active et ont un emploi rémunéré, les femmes continuent d'assumer la plus grande partie des tâches domestique. Lorsque les femmes travaillent à l'extérieure elles gagnent, en moyenne, beaucoup moins que les hommes.

Encore de nos jours l'image de la femme reste l'image de la mère et de l'épouse qui s'occupe des enfants et du foyer. Malgré de nombreux progrès en ce qui concerne l'émancipation de la femme, il existe encore des filles qui n'ont pas accès à l'éducation supérieure. Une fois les études primaires ou secondaires terminées, elles sont obligées de se marier à un homme que leurs familles ont choisi. Cette pratique se voit encore souvent dans certaine religions ou dans certains villages.

Il convient de promouvoir les politiques sociales qui combattent la discrimination sur le lieu de travail et qui permettent aux femmes et aux hommes de concilier carrière et responsabilités familiales. En ce qui concerne les enfants, les meilleures stratégies, pour que filles et garçon entrent sur un pied d'égalité dans la vie active, consistent à leur donner le même accès à l'éducation.



Partie 2

LA SAGE-FEMME A L'ILE

MAURICE

Partie 2 - La Sage-femme à l'île Maurice

Le métier de sage-femme est encore une profession mal connue parmi la population Mauricienne.

Pendant longtemps le terme « sage-femme » était utilisé pour qualifier les femmes qui pratiquaient les accouchements à domicile et dont les compétences étaient entièrement acquises par expérience.

Maintenant c'est une pratique qui n'existe quasiment plus et ce terme est utilisé pour qualifier tout personnel paramédical travaillant dans l'obstétrique. Le métier de sage-femme comporte aussi les infirmières spécialisées en obstétrique.

1. HISTORIQUE DE LA PROFESSION

Pour mieux comprendre les différences de pratiques ainsi que du statut de la sage-femme, il faut prendre en compte l'aspect historique de l'évolution du métier à l'île Maurice et en France. Depuis toujours, la naissance constitue un élément important dans l'évolution et de l'émancipation de la femme, quelque soit le pays.

Il n'existe pas d'écrit officiel qui raconte l'histoire de la sage-femme à l'île Maurice. Pour pouvoir connaître un peu l'histoire, j'ai dû consulter ma grand-mère qui connaissait de près de métier car sa mère était sage-femme. Elle aller souvent accompagner sa mère lors des accouchements à domicile, qui se faisait beaucoup à l'époque.

Le métier de sage-femme serait apparu à l'île Maurice quand les Français ont colonisé l'île, avec la construction des nombreux hôpitaux de l'île. L'introduction des esclaves venus d'Afrique et d'Asie a diversifié le métier de sage-femme, car les esclaves n'avaient pas accès aux services de santé. L'art de pratiquer des accouchements étaient souvent transmis de mère en fille, à l'exception de ma grand-mère qui n'a pas voulu exercer ce métier.

En faisant des recherches sur le métier de sage-femme à l'île Maurice, je suis tombée sur un article paru dans un journal quotidien de l'île qui raconte le témoignage d'une ancienne sage-femme de 80 ans. Voici un extrait :

« C'est avec sa mère, Léontine Empeigne qu'Edith a appris le métier de sage-femme. "Ma maman allait partout pour les accouchements. D'ailleurs c'est elle qui m'a aidée à avoir mes deux enfants." Depuis l'âge de 25 ans, elle a pris le relais de sa mère. Elle se rendait dans plusieurs villages, souvent à pied, pour les accouchements. Elle estime avoir aidé à mettre au monde un millier d'enfants pendant quelque cinquante ans. Edith Brasse souligne qu'à chaque fois qu'elle remarque que le bébé n'est pas dans la bonne position pour venir au monde, elle préfère tout arrêter et demander à la maman de se rendre à l'hôpital.

"Je n'ai jamais pris de risques et c'est pourquoi, jamais, avec moi, un bébé est mort-né." Edith Brasse suit toujours l'état de la mère et du bébé après la naissance. "C'est moi qui remets le bébé en forme et frotte le ventre de la mère et cela pendant une bonne dizaine de jours."

Elle se souvient que, pour un accouchement, elle recevait Rs. 25. Ces dernières années, certaines familles lui ont donné jusqu'à Rs. 2 000. Elle pouvait même faire deux à trois accouchements par jour. Edith Brasse fait ressortir qu'à chaque fois qu'elle fait accoucher une femme, elle lui donne des conseils sur le nombre d'enfants qu'elle devrait avoir. "Pas plus de deux. Car je sais que ce n'est pas facile d'élever beaucoup d'enfants."

Elle pense que les femmes d'aujourd'hui restent trop inactives. "Autrefois, une femme, même enceinte de huit mois partait toujours chercher du bois ou du fourrage. Aujourd'hui, tel n'est plus le cas. Dès qu'elles sont enceintes, elles ne veulent rien faire !" » [16]

Cet article résume bien le métier de la sage-femme de l'époque, qui touchait la mère, l'enfant mais aussi la régulation des naissances. Il existe toujours des accouchements qui sont pratiqués à domicile par les sages-femmes non diplômées. Cela se voit souvent dans le milieu rural.

Depuis 1958, la formation de sage-femme est apparue avec la création de la Central Nursing School. Elle est accessible à toute femme majeure ainsi qu'aux infirmières déjà diplômées. On retrouve exclusivement des femmes comme personnel de santé dans le milieu de l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. Le déroulement de la formation est resté le même depuis le début.

L'idée de la sage-femme de campagne qui était formée par sa mère, est toujours prévalent quand on parle de sage-femme. Ceci explique le manque de reconnaissance de ce métier.

2. LA FORMATION DE SAGE-FEMME A L'ILE MAURICE

2.1 Le « Central School of Nursing »

Le *central school of nursing* (CSN) forme les infirmières ainsi que les sages-femmes. Il existe une seule école à l'hôpital de Victoria, qui est l'hôpital régional de la région de Plaines Wilhems. Elle existe depuis 1958 et elle a formé plus de 5 600 infirmiers. Présentement, elle compte 248 élèves infirmiers en formation.

Depuis sa création, la CSN a été témoin de bien de mutations. D'abord, le pays a enregistré l'exode de nombreux infirmiers qui sont partis vers des cieux plus fructueux. En effet, ils sont un certain nombre à avoir quitté l'île pour tenter l'aventure à l'étranger, notamment en Angleterre. Désormais, en contrepartie d'une formation gratuite, les élèves infirmiers sont tenus de signer un contrat avec l'Etat où ils s'engagent à exercer dans le pays pour une période de cinq ans.

2.2 L'entrée à l'école de sage-femme

L'entrée classique se fait après le *Higher School Certificate*, qui est l'équivalent du baccalauréat scientifique et la formation dure deux ans. La première année concerne surtout les bases des soins infirmiers ainsi que les bases de l'anatomie. Ensuite les cours pendant la deuxième année sont les mêmes que pour la formation qui dure un an.

Une autre possibilité pour devenir sage-femme survient après plusieurs années d'expériences en tant qu'infirmières. Les infirmières intéressées peuvent proposer leur candidature et suivre une formation d'un an.

Chaque promotion est constituée de 30 étudiantes, que se soit la formation d'un an ou de deux ans.

2.3 Durée de la formation

Tout comme en France, les étudiantes sage-femme alternent les cours théoriques et les stages pratiques. Il ne sera détaillé que le contenu théorique et pratique commun aux deux types de formation.

La formation est constituée de 5 unités d'enseignement :

- Unité 1 : Anténatal
- Unité 2 : Intra Natal
- Unité 3 : Postnatal
- Unité 4 : Néonatal – Pédiatrie
- Unité 5 : Sage-femme communautaire

2.4 Contenu de la formation

L'organisation de la formation est divisée en 3 parties.

Partie I :

Cette première partie dure 8 semaines et contient :

- L'anatomie des systèmes reproducteurs de l'homme et de la femme
- L'historique du métier de sage-femme
- Les cycles hormonaux
- La grossesse et le post-partum physiologiques
- L'information, l'éducation et la communication

Elle comporte aussi des stages pratiques en milieu hospitalier. Le stage dure 4 semaines et chaque semaine l'étudiante fait 3 gardes de 8 heures dans les services suivants :

- Les consultations prénatales
- L'hospitalisation anténatale
- La salle des naissances
- Les suites de couches

Partie II :

La durée est de 15 semaines et les étudiantes ont une journée de cours par semaine. Le reste du temps elles sont en stage en maternité ou dans les dispensaires.

Partie III :

L'organisation ainsi que le contenu des cours sont les mêmes que pour la partie II.

Les cours dispensés durant cette période sont :

- Physiologie et pathologies en obstétrique
- Pédiatrie néonatale
- Nutrition
- Sage-femme communautaire
- Sociologie et psychologie
- Education à la santé
- Communication
- Planning familial
- Statistiques médicaux
- Gestion et supervision

2.5 Nombre d'heures

Partie I :

Théorie = 8 semaines x 5 jours x 6 heures = 240 heures

Stage pratique = 13 semaines x 3 jours x 8 heures = 288 heures

Révision = 12 jours x 6 heures = 72 heures

Total = 600 heures

Partie II :

Théorie = 15 jours x 6 heures = 90 heures

Stage pratique = 13 semaines x 3 jours x 8 heures = 312 heures

Total = 402 heures

Partie III :

Théorie = 15 jours x 6 heures = 90 heures

Stage en milieu hospitalier = 8 semaines x 4 jours x 8 heures = 256 heures

Stage dans les dispensaires = 8 semaines x 4 jours x 8 heures = 256 heures

Total = 514 heures

2.6 Nombre d'actes réalisés

Le nombre de gestes que doit réaliser l'étudiante sage-femme pendant ses stages en maternité sont les suivants :

- Assister à 50 examens prénataux
- Pratiquer 50 accouchements normaux
- Participer à 4 accouchements dystociques
- Assister et s'occuper de 40 soins post-nataux chez la mère et le bébé
- Assurer la surveillance de 10 nourrissons hospitalisés

Parmi les accouchements que l'étudiante doit assister ou réaliser, elle doit noter 20 accouchements eutociques et 4 accouchements dystociques dans un carnet qui lui est remis en début de formation. Ensuite chaque acte réalisé est revue en détail avec la sage-femme enseignante qui doit ensuite valider l'acte fait par l'étudiante sage-femme en signant dans le carnet. [Voir annexe]

La liste suivante indique les actes que l'étudiante doit réaliser durant son stage dans les dispensaires.

- Assister et savoir dépister les grossesses à risque chez 20 patientes
- Assister à 10 visites prénatales à domicile
- Pratiquer 5 accouchements à domicile si possible
- S'occuper et éduquer 10 mères pendant les 10 jours suivant l'accouchement
- Assister 5 mères et leurs enfants en post-natal dans les 28 premiers jours, pendant lequel l'étudiante doit choisir un cas pour en faire un exposé

- Participer et assister à 10 séances d'information en matière de vaccination et de contraception
- Participer à des séances d'information sur l'allaitement maternel

2.7 Validation de la formation

Pendant toute la durée de la formation il y a des contrôles continus pour évaluer les connaissances théoriques et pratiques. L'examen final comporte une épreuve écrite et une épreuve orale et la composition du jury est décidée par le ministère de la santé. Chaque épreuve constitue 50% de la note finale. Il existe une épreuve de rattrapage 3 mois après l'annonce des résultats. Pendant ce temps l'étudiante doit continuer à travailler dans les différents services de maternité.

Le diplôme de sage-femme sera attribué si le nombre d'actes réalisés correspond aux critères préétablis et si l'étudiante réussit ses examens finals. C'est le ministère de la santé qui délivre le certificat final.

Suite à la formation, les sages-femmes peuvent exercer dans les différents services de l'hôpital ainsi que dans des centres communautaires qui prennent en charge la prévention, le suivi de grossesse et la protection maternelle et infantile. Les sages-femmes qui exercent dans les dispensaires font aussi des visites prénatales et post-natales à domicile.

En ce qui concerne le secteur privé, soit les cliniques ont leur propre service de formation soit la formation est dispensée par l'école d'infirmière de l'hôpital Victoria.

3 LA SAGE-FEMME EN FRANCE

Pour pouvoir se rendre compte de l'écart entre les conduites mauriciennes et françaises, il faut un descriptif de la sage-femme en France ainsi que de l'historique du métier.

3.1 Historique

Depuis l'Antiquité :

Historiquement, la profession de sage-femme a été une des rares dominées par des praticiennes. Depuis la Grèce antique, la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes a été considérée comme relevant essentiellement du cercle féminin.

Moyen Âge et Renaissance :

L'ambivalence de la profession, exercée de façon minoritaire par des femmes formées et très majoritairement par des femmes sans aucune connaissance théorique, perdure pendant tout le Moyen Âge et l'Époque moderne. Il est possible que la restriction aux hommes d'exercer soit liée au besoin de conserver les possibles écarts des filles-mères sous secret, et aussi à une perception puritaine de tout ce qui touche à l'appareil génital féminin.

Le XVIII^e siècle et l'époque contemporaine :

En 1779, la première sage-femme exerçant à l'Hôtel-Dieu est Élisabeth Bourgeois. Au XVIII^e siècle, une division s'est faite entre la pratique chirurgicale et celle des sages-femmes. L'essor de la science, associé peut-être à un certain mépris, voyait dans la pratique ancestrale et prétendument folklorique des sages-femmes un art moins efficace et moins sûr.

En France, depuis 1982, la profession s'est ouverte aux hommes sages-femmes. La profession est considérée comme médicale avec des compétences bien définies.

3.2 La formation de sage-femme ^[18]

En France, pour devenir sage-femme, il faut être classé au rang utile de la PCEM1. La deuxième année universitaire (L2) s'effectue dans une école de sage-femme jusqu'au master (M2). Depuis l'entrée en vigueur des lois de la réforme HPST en 2009, Les études seront reconnues au niveau master à partir de la rentrée 2010 avec la mise en place de la L1 Santé. Au sein des écoles de sages-femmes, les études sont organisées en deux phases de deux années chacune et comportent des enseignements théoriques, pratiques et cliniques.

3.2.1 La première phase

La première phase met l'accent sur la connaissance de la physiologie et vise à donner aux étudiants une maîtrise de l'obstétrique normale. A l'issue de ces deux années, l'étudiant sera notamment capable d'assurer la surveillance clinique et para clinique d'une grossesse normale, d'un travail normal et pratiquer un accouchement sans risque prévisible. Les enseignements théoriques, d'une durée de 27 semaines, sont répartis en deux groupes. Les matières du premier groupe sont directement liées à l'exercice de la profession (obstétrique, gynécologie, pédiatrie) tandis que celles du deuxième groupe sont plus générales et permettent l'acquisition d'une culture médicale (anatomie, santé publique, pathologie et démarche clinique). L'enseignement clinique dure 54 semaines et concerne des stages en services de médecine, maternité, chirurgie, gynécologie, pédiatrie et néonatalogie.

La validation des enseignements se fait par un contrôle continu portant sur chaque unité d'enseignement théorique et clinique. L'admission dans l'année supérieure se fait grâce aux résultats des années précédentes. Les stages effectués doivent aussi faire l'objet d'une validation.

3.2.2 La deuxième phase

L'enseignement est aussi réparti en deux groupes. Il vise à permettre aux futures sages-femmes de reconnaître immédiatement la pathologie et d'agir en conséquence. A l'issue de cette phase, l'étudiant devra notamment être capable de dépister les situations à risque médical, psychologique et social au cours de la grossesse, de prévenir, informer,

éduquer dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie. L'enseignement théorique est d'une durée totale de 24 semaines et l'enseignement clinique de 51 semaines.

A la fin de la deuxième année, la validation des enseignements se fait :

- pour les matières du second groupe par contrôle continu.
- pour les matières du premier groupe, par un système mixte combinant contrôle continu et examen final. Cet examen comporte des épreuves écrites, des épreuves orales et une épreuve clinique.

Les stages font aussi l'objet d'une validation. De plus, lors de l'examen final, un mémoire doit être présenté. C'est un travail de recherche individuel et portant sur un sujet en lien avec la profession. La soutenance du mémoire est publique.

Le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré aux étudiants qui ont validé les unités d'enseignement des deux phases, les stages et le mémoire.

3.3 Les compétences de la sage-femme

Les compétences des sages-femmes en France sont clairement décrites dans le code de déontologie des sages-femmes. Selon l'Article R.4127-318 du code de la santé publique, les compétences sont :

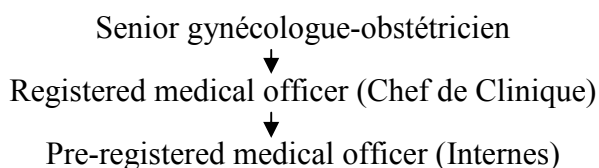
- L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse
- Le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal.
- L'amnioscopie de fin de grossesse
- La surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail
- Le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang fœtal
- L'oxymétrie du pouls fœtal

- L'anesthésie locale au cours de l'accouchement
- L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée
- La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin
- La délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme
- Le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né
- La surveillance des dispositifs intra-utérins
- La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.
- La réalisation de consultation de contraception et du suivi gynécologique de prévention. En cas de pathologie, la patiente doit être adressée à un médecin

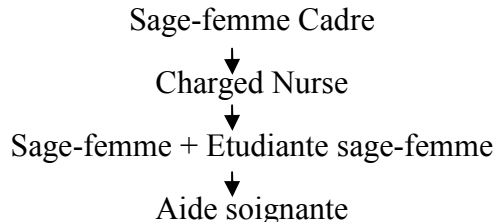
4 LA PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS L'ORGANISATION DU SERVICE

La sage-femme Mauricienne est présente dans tous les services qui concernent la périnatalité. Elle est à la base d'une hiérarchie bien définie et qui est presque toujours invariante quelque soit le service.

Comme en France il existe une hiérarchisation au niveau des médecins, comme le montre le diagramme suivant.



Le diagramme suivant montre l'organigramme au niveau des autres professionnels de santé dans les services d'hospitalisation anténatale, de la salle des naissances ainsi que les suites de couches.



Par contre l'organisation du service de consultation est différente, car il n'y a qu'une sage-femme cadre, une sage-femme et une étudiante sage-femme.

De plus, on peut constater que la sage-femme a surtout un rôle d'assistance vis-à-vis du médecin. Son autonomie ainsi que ses prises de décision restent très limitées et restent dépendantes de l'approbation du médecin.

5 LES COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME

Il n'existe pas de code précis, équivalent au code de déontologie en France, sur les compétences de la sage-femme. Les compétences de la sage-femme sont les mêmes que celles des infirmières et elles sont inscrites dans le code de pratique du *Nursing Council* (ordre des infirmières). Ce code a été établi en 2003 dans le but d'uniformiser la pratique et la conduite des infirmières et des sages-femmes inscrites au *Nursing Council*. [Voir annexe]

Le texte suivant est la traduction de ce code :

Le code de pratique professionnel pour les infirmières et les sages-femmes est applicable dans tous les domaines infirmiers et obstétricaux.

Les infirmières et les sages-femmes doivent respecter le code d'éthique des fonctionnaires.

1. Les pratiques

L'infirmière ou la sage-femme a l'obligation de prodiguer des soins compétents qui ne sont pas compromis par les limitations personnelles de santé.

L'infirmière ou la sage-femme doit informer les autorités compétente de tous conditions ou situations qui peuvent altérer sa pratique standard.

L'infirmière ou la sage-femme a une obligation de maintenir ses compétences et de mettre à jour ses connaissances en matière de théorie et de pratique infirmières et obstétricales.

L'infirmière ou la sage-femme doit connaître les limites de ses compétences et d'exercer dans les limites de sa formation obtenue et si besoin elle doit informer les autorités nécessaires des ses compétences et ses limites.

L'infirmière ou la sage-femme doit être au courant que le dépassement de ses compétences peut compromettre la sûreté d'un individu. Dans une telle situation où elle doute de ses compétences, elle doit demander l'avis d'une infirmière ou d'une sage-femme cadre ou prodiguer les soins sous la supervision de cette dernière ou d'un médecin.

L'infirmière ou la sage-femme doit être toujours prête à partager ses connaissances et ses expériences à ses collègues ou d'autres professionnels

paramédicaux et participer à l'apprentissage des futures infirmières, sages-femmes ou médecin. Cependant, elle doit agir dans la limite de ses compétences.

2. Qualité de soin

L'infirmière ou la sage-femme doit faire de son mieux pour prodiguer des soins de bonne qualité dans toute situation

3. Respect de l'individu

L'infirmière ou la sage-femme doit respecter les besoins, les valeurs, les cultures et les croyances de l'individu. Son droit à l'information et à son consentement ou son refus de soin doit être maintenu.

Dans le cadre d'une décision médicale dans l'intérêt et le droit du patient, l'infirmière ou la sage-femme doit agir dans les règles de conduites de l'infirmière ou la sage-femme et de ne pas enfreindre les droits de l'homme.

4. Confidentialité

L'infirmière ou la sage-femme doit respecter le secret professionnel et s'assurer que toute information concernant le patient ne soit divulguée sans le consentement de ce dernier ou de l'autorité de soin sauf en cas d'obligations professionnelles et légales.

5. Egalité et neutralité

L'infirmière ou la sage-femme doit respecter les principes d'égalité et de neutralité envers toute personne quelque soit son état et s'assurer que tous les patients aient accès aux soins de santé adaptés à leurs besoins dans la limite des moyens disponibles.

6. L'éthique

L'infirmière ou la sage-femme doit maintenir une relation professionnelle avec ses patients et coopérer avec les autres en équipe.

L'infirmière ou la sage-femme ne doit pas utiliser son statut pour promouvoir tout produit ou service commercial comme le proscrit l'Organisation Mondiale de la Santé.

La conduite de l'infirmière ou la sage-femme doit faire valoir la confiance et la confiance du public qui concerne la réputation du métier.

7. Fidélité

L'infirmière ou la sage-femme a une obligation d'être fidèle à ses responsabilités elle entreprend.

L'infirmière ou la sage-femme doit promouvoir et préserver la confiance qui existe dans la relation patient-soignant et doit respecter la personne ainsi que ses biens.

8. Identification

L'infirmière ou la sage-femme doit porter un uniforme approprié sur lequel doit être inscrit son nom ainsi que son titre.

9. Archives

L'infirmière ou la sage-femme doit garder les documents appropriés dans l'exercice de sa profession et s'assurer que ces documents soient justes et réalistes.

10. Indemnisation

L'infirmière ou la sage-femme est personnellement et professionnellement responsable de l'indemnisation pour toute action ou omission dans l'exercice de sa profession.

6 LES PRATIQUES OBSTETRIQUES

6.1 Le suivi de grossesse

Le suivi de grossesse mensuel est exclusivement assuré par les médecins dans les centres communautaires, à l'hôpital ou dans le privé. 12 940 grossesses ont été suivies dans le secteur public en 2008, soit environ 83% des grossesses. [13]

6.1.1 La Clinique

Le terme de la grossesse est calculé en fonction de la date des dernières règles ou par échographie en cas de doute. Les consultations prénatales ont lieu une fois par mois jusqu'à 28 semaines d'aménorrhée (SA), 1 fois tout les 15 jours jusqu'à 36SA et ensuite 1 fois par semaine jusqu'au terme (40SA).

La consultation consiste en un interrogatoire qui est souvent fait par la sage-femme et un examen fait par le médecin. L'examen général comporte la pesée, la surveillance de la tension artérielle et l'évaluation des signes d'anémie.

L'examen obstétrical consiste en la mesure de la hauteur utérine puis l'évaluation de la vitalité fœtale à l'aide du stéthoscope de Pinard. Les touchers vaginaux ne sont faits qu'à partir du 6^{ème} mois de grossesse.

6.1.2 La Para clinique

A chaque consultation une analyse d'urine est faite afin de détecter une albuminurie et une glycosurie. Le taux d'hémoglobine est aussi recherché chaque mois à partir du 3^{ème} mois de grossesse jusqu'au terme.

La recherche du groupe sanguin est obligatoire. Si la patiente est Rhésus négatif, le dosage des anticorps anti-rhésus sera fait chaque mois dans le but de déceler une éventuelle incompatibilité fœto-maternelle. Les sérologies du VIH et de la syphilis sont faites avec l'accord de la patiente.

Il faut souligner que les échographies obstétricales ne sont pas obligatoires. Elles sont réalisées qu'en cas de doute sur l'âge de la grossesse ou en cas de risques de pathologies materno-fœtale.

6.1.3 Les Traitements

Les traitements donnés systématiquement et gratuitement aux patientes sont le fer et le calcium.

Une injection prophylactique de 0,5cc de Tétanos est systématiquement faite à 16SA, 24SA et un an après l'accouchement. Ce traitement préventif est fait car pendant longtemps la prévalence du tétanos congénital était élevée. Grâce à cette prise en charge le tétanos est quasiment éradiqué.

6.2 Les pathologies associées à la grossesse

Outre les nombreuses pathologies associées à la grossesse, on s'intéressera plus particulièrement à la prise en charge de trois pathologies rencontrées le plus souvent :

- Le diabète
- L'hypertension
- L'anémie

Ces pathologies ont une prévalence élevée dans la population même en dehors de la grossesse.

6.2.1 Le diabète

Le diabète reste un problème majeur de sante publique, il touche en effet un mauricien sur cinq dans la population générale. [13]

Si le diabète est antérieur à la grossesse, la patiente est suivie par un diabétologue et elle est hospitalisée pour adapter le traitement d'insuline.

S'il y a la présence de glucose dans les urines à la consultation, on contrôle avec une glycosurie à jeun (en premier lieu on aura fait le point sur le régime alimentaire et peuvent s'en suivre des conseils diététiques). Si la glycosurie à jeun est positive, la femme est hospitalisée afin de dépister un éventuel diabète gestationnel. Ce test de dépistage est réalisé avec une HGPO avec 75g ou 100g de sucre, selon le protocole du médecin qui suit la patiente. Si le test de dépistage est positif, on fait un cycle glycémique pour mettre en place un traitement adapté. Si le diabète est diagnostiqué, la patiente est hospitalisée jusqu'à l'accouchement.

6.2.2 L'hypertension

Le taux d'hypertension dans la population générale est assez élevé. Ceci s'explique par une alimentation traditionnellement trop salée et par la présence de facteurs héréditaires. L'existence d'une hypertension s'accompagne souvent du diabète, ce qui complique encore plus l'évolution de la grossesse.

Quand l'hypertension a été diagnostiquée pendant la grossesse, la patiente est hospitalisée afin de mettre en place un traitement antihypertenseur. Une fois la tension artérielle stabilisée, la patiente peut rentrer à domicile. Les consultations de grossesse se font toutes les semaines ou tous les 15 jours, en fonction de la gravité de l'hypertension.

S'il existe une amélioration, le traitement est maintenu et le suivi se fait régulièrement jusqu'au terme. Par contre, si l'hypertension persiste, la patiente est hospitalisée jusqu'à l'accouchement.

6.2.3 L'anémie

La prévalence de l'anémie dans la population est due à une alimentation carencée en fer mais aussi à cause de la présence de vers (*lambiasis*) au niveau du tube digestif, qui empêchent l'absorption de fer présent dans l'alimentation. Le tableau suivant montre les taux d'hémoglobine retrouvés lors de la première recherche chez les femmes enceintes sur toute l'île.

Première détermination du taux d'hémoglobine en anténatal (g/dl)	Nombre de femmes	%
Inferieur à 9	369	3.5
9 – 9.9	899	8.5
10 – 10.9	2368	22.4
11 – 11.9	3723	35.2
Supérieur ou égal à 12	3214	30.4
Total	10573	100

Source : Ministère de la Santé, Health Statistics report 2008

D'après le tableau, on peut constater qu'une partie minoritaire mais significative de la population féminine (environ 12%), débute une grossesse avec un taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl.

Afin d'éviter toute anémie pendant la grossesse, une supplémentation systématique en fer est faite. Les comprimés de fer sont offerts gratuitement à l'hôpital. Si la patiente supporte mal le traitement ferrique, elle aura une ordonnance pour un substitut qu'elle achètera en pharmacie. Mais ce substitut n'est pas remboursé.

Le taux d'hémoglobine est recherché au niveau capillaire lors de la première consultation. S'il existe une anémie, on fait une enquête alimentaire et on réadapte le régime pour améliorer l'apport en fer. Si l'anémie n'est pas due à une carence en fer, un prélèvement de selles est envoyé au laboratoire à la recherche de *lamblia*, afin d'en déterminer la cause.

Par contre si le taux d'hémoglobine est inférieur à 10g/dl, une numération formule sanguine complète est faite pour diagnostiquer le type d'anémie et d'y adapter le traitement.

Le contrôle du taux d'hémoglobine est fait tous les 15 jours ou tous les mois en fonction de degré d'anémie. Ce contrôle se fait toutes les semaines à partir de 28SA. Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 8g/dl, une transfusion sanguine est réalisée. Si l'anémie persiste, on transfuse 2 pintes (poches) de plaquettes à 38SA pour éviter les risques d'hémorragies de la délivrance à l'accouchement.

6.3 La salle des naissances

Les pratiques à l'île Maurice en matière d'accouchement sont très différentes de celles en France. La place de la sage-femme reste importante même si ses compétences et les prises en charge dépendent entièrement des différents protocoles des médecins.

6.3.1 Le travail

Le suivi du travail se fait en salle de pré-travail. Il consiste en la surveillance de l'état de la patiente ainsi que du bien être fœtale grâce à l'enregistrement cardio-fœtale. Il n'existe pas de partogramme mais la surveillance de la dilatation se fait sur le dossier obstétrical. Les examens se font toutes les heures par la sage-femme ou l'interne présent.

Une grande différence que l'on peut constater par rapport à ce qui est pratiqué en France, c'est que les parturientes n'ont pas la possibilité d'avoir recours à une analgésie péridurale pendant le travail. Cela est dû au manque de matériels nécessaires et de personnels compétents pour la surveillance. Souvent pour soulager les patientes, les médecins prescrivent un morphinique (*Pethidine*®) 50mg en intramusculaire à 4cm de dilatation.

6.3.2 Le déclenchement

Les protocoles de déclenchement sont établis en fonction de chaque médecin de garde. Le plus souvent on utilise l'ocytocine (*syntocinon*®), avec 5UI dans 500cc de Ringer Lactate. On débute à 15cc/heure et ensuite on augmente de 10cc toutes les 30 minutes jusqu'à avoir une bonne dynamique utérine. Le débit maximal utilisé est de 100cc/heure.

La maturation cervicale n'est pas souvent pratiquée. Elle dépend du protocole du praticien. Dans ce cas, on utilise les prostaglandines (*Proress*®).

6.3.3 L'accouchement

Dès que la patiente est à dilatation complète, elle est transférée en salle d'accouchement pour débiter les efforts expulsifs. L'accouchement se fait sans contrôle de monitoring. Au bout de 20 minutes d'efforts expulsifs, l'interne pratique une extraction instrumentale. Le seul utilisé est les forceps de Pajot.

Les épisiotomies sont largement pratiquées à cause de la fatigue maternelle ou lors des extractions instrumentales. La sage-femme est apte à pratiquer l'épisiotomie mais sa réfection ne rentre pas dans son domaine de compétence. La réfection de l'épisiotomie est faite sous anesthésie locale par l'interne.

Une délivrance dirigée est systématiquement faite avec 5UI de *Syntocinon*® en intraveineuse, lors du dégagement de l'épaule antérieure.

Une surveillance de 2 heures minimum après l'accouchement est faite en salle d'accouchement avant que la patiente ne soit transférée en suite de couches.

Il existe une salle de réanimation pour les nouveau-nés comportant une table de réanimation. Les soins intensifs ainsi que la réanimation néonatale sont annexés à la salle

des naissances. Dès qu'il y a un souci à l'adaptation néonatale, les pédiatres sont sur place.

6.3.4 La césarienne

La césarienne est pratique courante à l'île Maurice, d'après ce que j'ai pu constater. En 2008, près de 40% des accouchements dans tous les hôpitaux publics de l'île ont été effectués par césarienne. [13]

Elle est faite sous anesthésie générale. Le protocole postopératoire pendant 24 heures est le suivant :

- Morphinique (*Pethidine*®) 75mg en IM toutes les 6 heures
- Antiémétique (*Primperan*®) 1 ampoule toutes les 8 heures
- Héparine de bas poids moléculaire (*Lovenox*®) 0,4ml pendant 3 jours
- Antibiotiques en systématique :
 - Céfotaxine (*Claforan*®) 1g en IV toutes les 12 heures
 - Métronidazole (*Flagyl*®) 500mg en IV toutes les 8 heures
 - Aminocide (*Gentamycine*®) 50mg en IM toutes les 12 heures

6.4 Les suites de couches

Le séjour moyen d'une accouchée est de 2 jours pour un accouchement voie basse et de 4 jours pour une césarienne. Pendant le séjour, la surveillance de la mère et du bébé est assurée par les sages-femmes. Le rôle de la sage-femme dans ce secteur est principalement de veiller à l'administration des médicaments et à la surveillance postopératoire des patientes césarisées.

L'examen quotidien de la mère consiste en la surveillance de la tension artérielle, de la température, de la rétraction utérine, des lochies et de la diurèse. Toutes les femmes qui accouchent allaitent leurs bébés au moins 3 mois après la naissance, la durée du congé maternité. La question de l'allaitement ne se pose pas et souvent les mères alternent le sein et les biberons surtout pour les tétés de nuit. Il existe une sage-femme spécialisée en allaitement qui est présente pour encadrer les nouvelles accouchées.

Pendant l'hospitalisation, les patientes sont systématiquement supplémentées en fer et en calcium.

L'examen de sortie est fait par l'interne. La consultation postnatale est assurée 6 semaines après l'accouchement par le médecin qui a suivi la grossesse.

Pour les bébés, c'est le pédiatre qui fait l'examen à la naissance ainsi que quotidiennement jusqu'à la sortie. Les soins des nouveau-nés sont faits par les aides-soignantes, qui assurent également l'éducation de la mère. La supplémentation en vitamine K est faite à la naissance, au premier jour de vie et une fois par semaine jusqu'à 3 mois.

Partie 3

*DISCUSSION DANS LA
VISEE D'ADAPTATION*

Partie 3 – Discussion dans la visée d’adaptation

Les pratiques obstétricales à l’île Maurice sont très différentes de celles en France. En effet, les différences entre un système de santé d’un pays en voie de développement et celles d’un pays développé sont si grandes qu’une comparaison serait malhabile et non-significative.

Pour discuter des perspectives d’adaptation, il faudra aborder l’aspect sociologique de l’individu ainsi que de la socialisation. Ce sont des points importants qui constituent la base de la construction d’un individu et de l’acquisition d’une identité. Ils ont également un rôle important dans la manière de s’adapter aux changements de la société et de ses cultures.

Comme je l’ai décrit dans les parties précédentes, le statut de la sage-femme est tout autre. Elle n’a pas la même compétence ni le même rôle qu’en France. Le stage dans les différents services de la maternité de l’hôpital Victoria m’a permis de me rendre compte d’une autre façon de travailler : travailler avec peu de moyens.

Cette troisième partie est surtout une analyse personnelle dans le but de décider de mon avenir professionnel et personnel.

1. LA SOCIOLOGIE DE L'INDIVIDU

La construction d'un individu dépend de plusieurs facteurs qui sont influencés par la société et ses cultures. En effet, la sociologie dispose, depuis ses origines, de trois grandes stratégies intellectuelles d'étude de l'individu : la socialisation, la subjectivation et l'individuation.

1.1. La socialisation ^[14]

La socialisation désigne « *le processus par lequel les individus, en acquérant les compétences nécessaires, s'intègrent à une société, et la manière dont une société se dote d'un type d'individu* ».

La construction d'un individu est en étroite relation avec les structures sociales, telles que les valeurs d'une culture, les normes de conduite, les institutions, les clivages sociaux, les classes et les styles familiaux. Les acteurs ne sont jamais socialisés au point d'empêcher tout changement parce que « *des éléments pulsionnels empêchent la réalisation d'une socialisation achevée et totale* ».

Le passage de la société mauricienne à la société française a été un tournant majeur dans la construction de ma personnalité et m'a permis de m'adapter à de nouvelles normes de société. Selon Parsons, « *c'est la socialisation qui permet à l'individu de trouver sa place dans une nouvelle société* ».

1.2. La subjectivation ^{[14], [15]}

La subjectivation est « *indissociable de la conception d'une modernité soumise à l'expansion continue du processus de rationalisation, à savoir, l'expansion de la coordination, de la planification, de la prévision croissante dans toutes les sphères de la vie sociale. L'histoire de cette perspective résulte d'une double mise. La première se situe entre la prise en compte d'un niveau proprement individuel (le sujet personnel) et de l'existence d'un acteur collectif susceptible de l'incarner (le sujet collectif), et la seconde, entre un souci de libération stricto sensu (l'émancipation) et une volonté*

croissante de contrôle social (l'assujettissement). La subjectivation se définit toujours, que ce soit de manière directe ou indirecte, en relation à une action collective et elle est dès lors inséparable d'un conflit social et de rapports de pouvoir. Elle peut ainsi s'exprimer, par exemple, soit comme la quête de la dimension du sujet que l'on porte en soi, à travers un conflit sans relâche contre l'emprise permanente de la société sur soi (Touraine, 1997), soit comme une possibilité d'exploration de soi grâce à une augmentation de l'initiative individuelle rendue possible par la contestation culturelle (Melucci, 1982) ».

La subjectivation, dans le contexte de ce mémoire, aura une influence sur mon futur choix professionnel. Le dilemme auquel j'aurais à faire face serait de choisir entre la valorisation de ma vie professionnelle ou ma vie personnelle.

1.3. L'individuation

Il s'agit de « comprendre le théâtre élargi de l'histoire en fonction des significations qu'elle revêt pour la vie intérieure et la carrière des individus. La visée de cette matrice est d'établir une relation entre l'histoire de la société et la biographie de l'individu. L'étude de l'individuation est indissociable d'une représentation historique et normative particulière. Pour Beck, l'individualisation serait liée à la seconde modernité et à l'émergence d'un nouvel individualisme institutionnel : les principales institutions de la société seraient désormais orientées vers l'individu, contraignant alors chaque personne à développer et assumer sa propre trajectoire biographique. L'individualisation désigne donc un nouvel équilibre dans la relation entre la société et l'individu ». [14]

Dans mon cas, l'individuation sera importante pour la relation qui s'établira entre les institutions de santé mauriciennes et les pratiques acquises lors de ma formation. En effet, les normes de ses institutions feront que j'aurai à laisser de côté de nombreuses pratiques durant ma formation.

2. LE STAGE

Depuis la première année j'avais l'idée de faire mon stage d'été à l'île Maurice. La principale raison était de joindre l'utile à l'agréable en rendant visite à ma famille et de découvrir un système de santé que je connaissais de loin. Au fil de mes études, la principale motivation de faire mon stage là-bas est pour découvrir d'autres façons de travailler et de mieux connaître le milieu médical. Le but était de pouvoir faire mon mémoire sur les pratiques à l'île Maurice.

Pendant ce stage j'ai pu voir les différents services de la maternité, et les pratiques observées ont été décrites dans la deuxième partie. Cela m'a aussi permis de voir le rôle ainsi que la place de la sage-femme dans l'organisation du service. Par ailleurs j'ai eu l'occasion d'assister à des séances d'information sur l'allaitement destinées aux professionnels, qui sont utiles malgré la présence quasi permanente de la conseillère en lactation. En effet, l'allaitement maternel ne fait pas partie des cours enseignés aux futures sages-femmes.

Le stage m'a permis de m'adapter à de nouveaux protocoles et de nouvelles prises en charge. Au début ce fut difficile de ne pas imposer ma façon de travailler et de comparer avec les maternités françaises. J'ai appris à travailler avec peu de moyens et avec des appareils qui n'étaient pas aussi modernes qu'en France. Or quelques fois dans des situations d'urgence, ces conditions de travail me seront sans doute bénéfiques.

Ce qui m'a aussi plu dans le stage c'est que j'ai pu renouer avec la langue anglaise qui est la langue officielle du pays. Tous les dossiers ainsi que les termes médicaux sont en anglais. J'ai donc appris de nouveaux termes qui vont m'être utiles dans mon futur métier.

3. LES DIFFICULTES RENCONTREES EN PRATIQUE

3.1. Le comportement des usagers

Le premier problème que j'ai rencontré était de pouvoir m'intégrer dans un système où la sage-femme n'a pas un rôle aussi important qu'en France. Les compétences de la sage-femme se limitent à celles des infirmières. D'après ce que j'ai pu observer, les sages-femmes ne sont pas reconnues à leur juste valeur. Ce manque de reconnaissance se ressent aussi de la part des patients. Cette attitude n'est pas retrouvée vis-à-vis des médecins, du au statut de ces derniers.

Le manque de reconnaissance de la part des patients existe aussi en France mais de façon moins importante. Le fait que les soins dispensés dans les hôpitaux publics sont gratuits, les patients croient souvent que tout est permis. J'ai pu assister à une situation où la sage-femme s'est fait insulter par une patiente parce que le médecin, avec qui elle avait rendez-vous, n'était pas encore arrivé et elle attendait depuis plus d'une heure. C'est une situation qui m'a beaucoup choquée mais pour les sages-femmes cela arrive très souvent. En discutant avec la sage-femme elle m'a dit que cela faisait plus de 30 ans qu'elle travaillait dans ce service et elle a toujours du faire à ce genre de cas.

3.2. Les multiples pratiques médicales

Le deuxième problème auquel j'ai du faire face est qu'il n'existe pas de protocole unique pour une prise en charge donnée. Comme je l'ai expliqué dans la deuxième partie, chaque médecin a son protocole auquel doit s'adapter la sage-femme. A force d'expérience, chacune s'habitue aux différentes pratiques. L'avantage c'est qu'il faut savoir adapter les prises en charges en fonction de chaque patiente par l'absence d'uniformisation des pratiques. Par contre, l'inconvénient est que parfois l'absence de normes dans les pratiques fait que la prise en charge est mal adaptée à la situation. Les sages-femmes sont d'une certaine manière limitées aux habitudes et pratiques des médecins. Cet aspect restreint énormément leurs compétences.

3.3. L'absence du père

Une autre situation qui m'a interpellé est l'exclusion du père ou de toute autre personne accompagnant en salle d'accouchement. Pendant tout le travail et l'accouchement la patiente se retrouve seule avec pour unique soutien les sages-femmes présentes. L'accouchement étant une affaire de femmes, les seuls hommes admis en salle d'accouchement sont les médecins. L'autre raison pour l'exclusion des hommes est le manque d'intimité entre les patientes. Pendant le travail, elles sont toutes dans la même pièce.

Ce que j'ai pu observer c'est que le père ou la famille attend devant l'entrée de la salle des naissances en espérant croiser un personnel qui pourra leur donner des nouvelles. Quand il n'y a pas beaucoup de travail, les sages-femmes leur donnent régulièrement des nouvelles, quand elles y pensent. Parfois même quand le travail est long, elles demandent à la famille de rentrer et de revenir le lendemain.

Cette notion de la féminisation de la naissance existait également en France mais de nos jours il est quasiment inconcevable d'exclure le père au moment de la naissance.

3.4. Notion de la douleur

Ce qui m'a aussi surpris quelque peu est que la douleur n'est pas prise en considération de la même façon qu'en France. Par manque de moyens et de personnels formés, les femmes n'ont pas accès à la péridurale. De ce fait la douleur fait partie intégrante, physiquement et psychologiquement, de l'accouchement. Les méthodes alternatives de soulagement, certainement faute de moyens, n'en sont qu'à leurs balbutiements. Outre la *Pethidine*® qui est administrée pendant le travail pour soulager la douleur, certaines sages-femmes pratiquent des massages lombaires, même si elles savent que cela n'enlèvera pas totalement la douleur.

En France, il est très rare que les femmes n'optent pas pour la péridurale. Souvent même celles qui sont réticentes au début, se laissent convaincre. La péridurale reste une option même s'il est inconcevable de nos jours de laisser une femme accoucher dans la douleur.

4. LES PERSPECTIVES D'ADAPTATION

La formation de sage-femme en France est très riche car la sage-femme a un rôle pluridisciplinaire. Contrairement à l'île Maurice, la sage-femme a une certaine autonomie et reste maître de ses décisions dans la limite de l'eutocie. Avec la loi HPST de juillet 2009 les compétences de la sage-femme ont encore été élargies avec la possibilité de prendre en charge le suivi gynécologique et la contraception. La formation qui dure 5 ans en France n'est pas comparable à celle de 2 ans à l'île Maurice. Le problème que pose cette différence c'est comment mettre en pratique et adapter ce que j'ai appris en France à l'île Maurice. Le but n'est pas d'imposer les pratiques apprises en France mais de les adapter à ce qui se fait à l'île Maurice.

Les sages-femmes à l'île Maurice peuvent exercer dans le milieu hospitalier, les dispensaires ainsi que dans les cliniques privées. Dans le privé la sage-femme a quasiment les mêmes compétences que la sage-femme hospitalière.

Dans cette partie je parlerai surtout des perspectives d'adaptation dans les consultations, la salle des naissances ainsi que les suites de couches. Je ne parlerai pas de l'hospitalisation anténatale car il n'existe pas vraiment de différence dans le rôle de la sage-femme à l'île Maurice et en France.

4.1. La Consultation

Comme je l'ai décrit dans la deuxième partie, les consultations prénatales et post-natales sont exclusivement faites par les médecins, sauf dans le privé où il existe des sages-femmes qui font des consultations.

Pour mettre en pratique ce que j'ai appris en France en matière de consultation, il faudrait revoir les pratiques en ce qui concerne surtout les examens complémentaires. Il n'existe pas un grand choix d'examens complémentaires à disposition. Par exemple, l'évaluation du bassin au dernier mois de grossesse se fait cliniquement, ce qui reste très subjectif. Il n'y a pas de radiopelvimétrie pour la confrontation céphalo-pelvienne. Cela peut aussi expliquer le grand nombre de césariennes pratiquées. L'objectif pour moi sur

ce pont serait de bien maîtriser l'évaluation des bassins cliniquement avant de pouvoir exercer en consultation.

Une autre grande différence ce sont les examens biologiques. Le seul examen obligatoire est la recherche du taux d'hémoglobine pour le dépistage de l'anémie. Les recherches du VIH et de la syphilis sont faites avec l'accord de la patiente. Il existe donc des habitudes acquises en France qu'il faudra mettre à l'écart. Cela ne veut pas forcément dire que ce qu'on fait en France, en matière d'examens complémentaires, est toujours essentiels. Cet aspect est important car il permet de mieux évaluer et de repérer les symptômes cliniquement, quand c'est possible.

En ce qui concerne les grossesses pathologiques, les consultations de suivi sont très rapprochées, contrairement à ce qu'on peut voir en France. Cela est un point important autant pour la patiente que pour le soignant. Il permet de constater l'évolution positive ou négative de la maladie et d'adapter le traitement. Pour la patiente, c'est une façon de se sentir moins seule et d'être prise en charge régulièrement.

Pour pouvoir faire des consultations, je pense qu'il faudrait s'associer à un médecin. La consultation prénatale et le droit de prescription ne font pas partie de la compétence de la sage-femme. Il faudrait ainsi coupler la consultation avec celle d'un médecin surtout pour les prescriptions. Ce type d'association ne sera possible que dans les cliniques privées, encore faut il que les médecins acceptent. A mon avis se serait aussi l'opportunité de mettre en place des séances de préparation à la naissance, qui sont inconnues de la population. Même s'il existe certaines sages-femmes dans le privé qui les proposent, elles restent accessibles qu'à une partie aisée de la population.

4.2. L'accouchement

L'accouchement étant une affaire de femme, je n'aurais pas de problème à trouver ma place en salle d'accouchement. Ce qui sera difficile c'est de rester dans la limite des compétences des sages-femmes mauriciennes. En effet elles ont le droit de faire des accouchements, des épisiotomies mais pas sa réfection. C'est un point qui pose souvent problème car les internes ne sont pas toujours présents en salle des naissances et la patiente peut rester longtemps en salle d'accouchement avant la réfection de la suture. La réfection des déchirures et des épisiotomies faisaient partie des compétences de la sage-femme mais cela a été modifié depuis la nouveau code de pratique de 2003.

Avec les connaissances acquises durant ma formation, j'ai pu pratiquer des réfections d'épisiotomie, ce qui n'était pas souvent très bien accepté par les médecins de garde. J'ai du faire face à quelques reproches car je n'étais pas dans la limite des compétences des sages-femmes, surtout pour une étudiante. Ce rejet de la compétence des sages-femmes est très présent et ainsi l'évolution du statut des sages-femmes a encore beaucoup de chemin à faire.

Une pratique qui est encore méconnue à l'île Maurice ce sont les différentes positions pendant le travail pour favoriser la descente du mobile fœtale. Avec ce que j'ai appris en France, je pensais mettre en place des séances d'information aux sages-femmes avec l'aide de la cadre du service, pour permettre aux femmes de se mobiliser pendant le travail. L'idée soumise à la cadre a été acceptée mais le chef de service a refusé. Les sages-femmes avec qui j'ai travaillé pendant mon stage étaient réceptives à cette nouvelle approche et j'ai pu leur expliquer quelques positions, telles que le DLG asymétrique ou la position en tailleur.

Essayer de changer les pratiques est impossible et ce n'est pas mon objectif. Les pratiques conviennent souvent très bien aux personnels et aux patientes mais apporter de nouvelles idées peut être bénéfique. L'intérêt est de mettre en place des ateliers pour améliorer la pratique clinique, avec l'accord du chef de service.

Ce qui m'a plu pendant mon stage en salle des naissances, c'est d'apprendre à travailler avec les moyens de bord, qui sont très limités. Ceci constitue un point important car cela m'a permis de mieux développer mon sens clinique.

C'était aussi un moyen de s'adapter à des locaux où toutes les patientes sont dans la même salle de travail. Il n'existe pas de séparation et d'intimité, par manque de moyens. Ce que j'ai pu observer et qui m'a touché c'est que les femmes arrivaient se soutenir mutuellement entre deux contractions. Outre la présence des sages-femmes pour les soutenir, cet échange permet aussi de partager ce qu'elles ressentent.

4.3. Les suites de couches

Les compétences de la sage-femme dans ce service restent très limitées et son rôle est assimilable à celui des infirmières. La aussi je pense ce sera difficile de trouver ma place et de rester dans la limite des compétences des sages-femmes.

Le séjour des accouchées étant court, l'éducation des mères concernant les soins du bébé, par exemple, n'est pas abordé dans les détails comme en France. Elles n'apprennent que les règles de base en ce qui concerne les soins. L'avantage, contrairement à en France, c'est que les femmes ne se retrouvent pas seule une fois rentrée à la maison. Il existe toujours la mère, les sœurs ou la belle-mère pour l'encadrer. C'est souvent une femme qui a ce rôle car la maternité est considérée comme une affaire de femme. Le père aussi est présent même s'il n'existe pas de congé paternité après la naissance de son enfant. Cet aspect est souvent très rassurant surtout pour les primipares.

L'allaitement reste quelque chose de naturel à l'île Maurice. Cela signifie que toutes les femmes allaitent. Même si les sages-femmes n'ont pas une formation approfondie sur l'allaitement maternel, elles restent très utiles en ce qui concerne son encadrement auprès des mères. Souvent les sages-femmes qui encadrent les patientes sont les plus expérimentées car elles ont appris la prise en charge de l'allaitement maternel en pratique. J'ai pu apprendre quelques remèdes de grand-mère pour guérir les pathologies bénignes de l'allaitement. Ces genres de remède ont une place prépondérante que se soit pour l'allaitement ou pour les soins du bébé même si cela ne fonctionne pas toujours. (Par exemple, la phytothérapie ou les tisanes)

La difficulté serait, je pense, de s'habituer aux traitements alternatifs, autres que les médicaments utilisés habituellement. Il existe de nombreux travaux de la part d'associations non-gouvernementales pour promouvoir l'accès à la santé afin d'éviter toute déviance vers d'autres types de médecine, tel que celles « prodiguées » par les marabouts.

5. FAIRE DES ETUDES A L'ETRANGER

Choisir de quitter son pays et sa famille pour aller faire des études à l'étranger demande beaucoup de réflexion et de motivation. A l'île Maurice c'est une pratique courante, surtout pour ceux qui ont les moyens. La motivation principale de choix est d'acquérir un enseignement et une formation plus élargis qui n'existe pas dans le pays d'origine.

D'un point de vue social, aller dans un pays nouveau c'est de connaître une autre culture et de rencontrer de nouvelles personnes. Habiter sur une île limite les choix de connaître des personnes de différentes origines. En ce qui concerne la socialisation, le pays d'accueil permet de se forger une nouvelle personnalité en s'adaptant aux nouvelles normes de la société. C'est aussi connaître et s'adapter à un mode de vie et surtout un climat différent. Il existe un écart important entre la qualité de vie et la mentalité des gens en France et à l'île Maurice.

Au niveau personnel, c'est aussi le moyen d'acquérir une autonomie vis-à-vis de la famille et de voler de ses propres ailes. C'est s'apprendre à s'assumer financièrement, ce qui n'est pas une chose facile quand on a 18 ans et qu'on n'est loin de sa famille.

L'éloignement du cercle familial constitue un point important dans l'adaptation dans la nouvelle société. Cet éloignement est difficile à vivre autant pour l'enfant que les parents. Accepter la distance est un travail personnel sur soi, car il faut « se construire une nouvelle vie ». C'est un point important qu'il faudra prendre en considération lors de ma future décision.

Le choix de quitter mon pays natal pour venir faire mes études en France a été un choix personnel. Comme beaucoup d'étudiants qui sont dans la même situation que moi, la fin des études signifie faire un choix qui soit professionnellement et personnellement adapté à mes compétences.

6. LE DILEMME

En choisissant de faire mon stage d'été à l'île Maurice, je savais au départ que les maternités ainsi que les pratiques obstétricales allaient être différentes de celles en France. Mais le « choc » que j'ai eu en arrivant, c'est que les locaux de la salle des naissances sont très vétustes, contrairement à d'autres services comme les suites de couches ou la gynécologie. Ce qui m'a également touché c'était le manque de reconnaissance envers les sages-femmes que se soit de la part des médecins ou des patients mais aussi de la part des autorités de santé.

Heureusement, je me suis vite adapté au mode de travail mais je me posais plusieurs questions en ce qui concerne mon avenir professionnel. A quoi va me servir mes 5 années d'études si je retourne travailler à l'île Maurice ? Est-ce que je pourrais vivre loin de ma famille tout en m'épanouissant professionnellement ? Est-ce que je pourrais mettre en pratique ce que j'ai appris en France ?

Donc, j'ai le choix entre rester en France et exercer le métier de j'ai choisi mais en restant éloigné de ma famille, ou retourner à l'île Maurice pour être près de ma famille mais en ayant des compétences limitées. Comme on peut le constater, le choix est très difficile, car l'idéal serait de pouvoir garder les points forts des deux cultures. C'est choisir entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle.

6.1. Exercer en France

D'un côté rester travailler en France, comporte des avantages et des désavantages.

Les avantages :

- Exercer un métier avec de nombreuses perspectives d'évolution et d'autonomie.
- Avoir un meilleur statut professionnel ainsi qu'une meilleure rémunération.
- Pouvoir mettre en pratique tout ce que j'ai acquis pendant ma formation.
- Avoir la possibilité de découvrir le métier de sage-femme dans les différents pays d'Europe.

Les désavantages :

- Rester éloigné de ma famille et accepter de rarement les voir.
- S'adapter aux grands écarts de température et un hiver très rude pour moi.

Avoir la possibilité d'exercer en France signifie aussi de savoir s'adapter et intégrer un système de travail avec des règles et des devoirs différents du système mauricien.

6.2. Exercer à l'île Maurice

Avant de décider d'exercer à l'île Maurice il faut d'abord peser le pour et le contre.

Les avantages :

- Etre proche de ma famille et de mes amis.
- La connaissance des valeurs culturelles et religieuses de la population.
- Connaitre les différentes régions de l'île et la langue maternelle (le créole).
- Avoir le soleil et la mer toute l'année ainsi que la chaleur.
- Exercer dans un milieu avec des gens de la même origine que moi. Cela facilitera l'adaptation et l'intégration.

Les désavantages :

- Accepter de laisser de côté un certain nombre de choses acquises durant mes 5 années de formation.
- Exercer dans un milieu où mes compétences et mon autonomie seront limitées.
- Accepter d'évoluer dans un univers où les sages-femmes sont « soumises » aux décisions des médecins. Elles ne participent pas aux prises de décisions concernant les patientes.
- Accepter d'être dans un milieu où l'évolution professionnelle de la sage-femme se fait après de nombreuses années d'expérience (environ 25 ans).
- Etre limité dans le choix du type d'exercice : être sage-femme hospitalière publique ou privée.

7. MON EXPERIENCE

Ce mémoire a été pour moi une façon de raconter mon expérience personnelle et professionnelle durant mon stage. C'est aussi l'occasion de faire connaître mon ressenti par rapport à ce que je m'attendais au départ. Les étudiants qui comme moi viennent faire leurs études à l'étranger, ont dans l'idée de retourner travailler dans leur pays d'origine une fois les études finies. Le problème qui se pose souvent, c'est qu'une fois rentré aux pays, les perspectives du métier choisi sont très différentes, comme dans presque tous les métiers de santé. L'autre problème auquel j'ai dû faire face c'est le fait d'avoir oublié l'écart entre les deux sociétés. Après quelques années en France, on s'habitue à la nouvelle façon de vivre sans forcément s'en rendre compte de la grande différence des deux pays.

Ce stage m'a beaucoup bouleversé par la différence de pratiques et de milieu. Même si j'ai grandi à l'île Maurice, l'intégration à ce milieu ainsi que l'acceptation des différences a été difficile. Ce choc culturel a été un point positif car il m'a ramené à la réalité. Cet aspect a aussi été très dur à vivre personnellement. Quand j'ai vu les pratiques à l'île Maurice, je me suis demandé si cela vaut le coût de continuer ma formation. Pour moi je ne voyais pas l'intérêt de continuer dans une direction ou j'aurais à abandonner tout ce que j'ai appris. Cela m'a permis d'envisager mon avenir professionnel sous un autre angle en pesant le pour et le contre afin de décider.

Il existe d'autres possibilités d'exercer, autre que de choisir entre l'île Maurice et la France. Je pourrais envisager d'exercer à l'île de la Réunion, par exemple. C'est un département Français qui n'est pas loin de l'île Maurice. Les pratiques Réunionnaises ne sont pas très différentes que celles en France. Tout comme à l'île Maurice, l'aspect culturel et religieux a une place importante. D'un point de vue professionnel ça ne m'éloignera pas du métier de sage-femme en métropole et personnellement, je pourrais voir ma famille plus souvent. Eventuellement ce serait une perspective à envisager.

Mon expérience pourra à l'avenir être utile pour les futurs étudiants étrangers qui veulent envisager des études de sage-femme en France. Le conseil que je donnerai c'est d'aller voir les pratiques dans leurs pays d'origine afin de ne pas être déçu plus tard. Ce sera aussi l'occasion de faire un choix professionnel. Le mémoire permettra aussi aux enseignants de mieux connaître les difficultés que peuvent rencontrer ces étudiants.

Conclusion

Les services de soins à l'île Maurice sont très performants même s'il existe un manque de personnels. Dans certains domaines il existe des techniques de pointe afin d'améliorer la prise en charge des patients. En ce qui concerne l'obstétrique, des progrès en termes d'infrastructures restent à venir. La santé de la mère et de l'enfant reste un des principaux objectifs du gouvernement. Grâce aux nombreuses actions du ministère de la santé et des organisations non-gouvernementales, le taux de mortalité maternelle et infantile a considérablement chuté.

Pour pouvoir travailler à l'île Maurice un jour, il faudrait tout d'abord accepter de rester dans la limite des compétences des sages-femmes mauriciennes. Ce n'est pas une chose facile à faire, surtout quand on a eu une formation aussi riche en France. Il faut donc trouver un juste milieu afin de pouvoir appliquer ce que j'ai appris durant ma formation. Le but n'est pas d'imposer de nouvelles idées mais plutôt de travailler en collaboration avec les sages-femmes et les médecins afin d'améliorer la prise en charge des futures mères.

Etre sage-femme à l'île Maurice n'est pas un métier qui est tout les jours facile. En effet, elles ne sont pas reconnues à leur juste valeur et l'importance de leur rôle est très souvent sous-estimée. Il n'existe pas beaucoup de jeunes qui veulent devenir sage-femme car c'est un métier qui est toujours assimilé aux anciennes sages-femmes qui faisait des accouchements à domicile. Il reste à espérer que dans les années à venir le métier de sage-femme sera mieux connu et apprécié parmi la population.

Travailler à l'île Maurice c'est aussi savoir s'adapter aux différentes cultures et religions, qui sont très importants. C'est le défi auquel doit faire face les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. Mais je pense que quand on a grandi dans une telle société, ce sera plus facile de s'y adapter.

L'idéal serait la possibilité de s'installer en tant que sage-femme libérale, qui n'existe pas encore à l'île Maurice. Ce serait un point important pour faire avancer l'autonomie des sages-femmes mauriciennes. Mais le chemin à parcourir est encore long.

Le choix auquel j'aurais à faire face à la fin des mes études est un choix difficile qui ne se décide pas à la légère. Etre ou ne pas être sage-femme à l'île Maurice... telle est la question !

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. World Health Organization, *World Health Statistics Report*, 2008.
- [2]. Ministry of Health and Quality of Life, *White paper on Health sector development and reform*, Mauritius December 2002.
- [3]. Ministry of Health and Quality of Life, *An analysis of the health situation*, Mauritius 2007.
- [4]. Organisation Mondiale de la Santé, (page consultée le 30/08/2009). A propos de l’OMS, [en ligne]. <http://www.who.int/about/fr/>
- [5]. World Health Organization, *World Health Organization Country Cooperation Strategy - Republic of Mauritius*, 2004-2007.
- [6]. Organisation Mondiale de la Santé, (page consultée le 01/07/2009). Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaire - 12 septembre 1978, [en ligne]. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- [7]. Banque Mondiale, (page consultée le 02/09/2009). Historique, [en ligne]. www.web.worldbank.org
- [8]. Organisation internationale de la Francophonie, (page consultée le 02/09/2009). Qui sommes-nous ?, [en ligne]. <http://www.francophonie.org/Qui-sommes-nous.html>

- [9]. The Commonwealth, (page consultée le 02/09/2009). Health and Human Development, [en ligne].
<http://www.thecommonwealth.org/subhomepage/190698/>
- [10]. The Commonwealth, Symposium to promote Mauritius health services exports, 2 April 2008.
- [11]. United Nations, United Nations development program in Mauritius, Annual Report 2008.
- [12]. The Mauritius Family Planning Association, (page consultée le 08/09/2009). History and Actions of the MFPA, [en ligne].
http://pages.intnet.mu/mfpa/HISTORY_OF_THE_MFPA.htm
- [13]. Ministry of Health and Quality of Life, Health Statistics Report, Mauritius 2008
- [14]. MARTUCCELLI Danilo, "Les trois voies de l'individu sociologique.", *EspacesTemps.net*, Textuel, 08.06.2005
- [15]. MARTUCCELLI Danilo, « La sociologie aux temps de l'individu », *Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*. Numéro 5. L'individualité, objet problématique des sciences humaines et sociales. Déc. 2007.
- [16]. L'Express (Ile Maurice), « Elle a mis mille bébés au monde », article paru le 09/10/2006
- [17]. Ordre des Sages-femmes, (page consultée le 14/12/2009), Historique de la profession, [en ligne]. http://www.ordre-sages-femmes.fr/grand_public/histo/
- [18]. Ordre des Sages-femmes, (page consultée le 14/12/2009), La formation de sage-femme. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

AUTRES REFERENCES

Les protocoles décrits dans les pratiques obstétricales ont été obtenus par les sages-femmes ainsi que les internes présents dans le service pendant mon stage.

Le contenu complet de la formation des sages-femmes a été décrit avec l'aide de Madame Vencatasamy, sage-femme enseignante de l'école de l'Hôpital Victoria.

ILLUSTRATIONS

Les photographies mises en annexe ont été prises pendant le stage d'été en juillet et août.

Conception graphique de la page de couverture réalisée par JOYMANGUL Selwyn.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Abbreviations	6
Préface.....	7
Introduction	9
Partie 1 – Le système de santé à l’île Maurice.....	12
1. LE SYSTEME DE SANTE	13
1.1. Définition	13
1.2. Les Coopérations Internationales.....	13
1.2.1. L’Organisation Mondiale de la Santé, OMS.....	13
1.2.2. La Déclaration d’Alma-Ata.....	14
1.2.3. La Banque Mondiale.....	14
1.2.4. L’Organisation Internationale de la Francophonie	15
1.2.5. Le Commonwealth.....	15
1.3. Le Budget de la Santé	16
1.4. L’Organisation du système actuel.....	16
1.4.1. Les soins de santé primaire	17
1.4.2. Les soins de santé secondaire.....	18
1.4.3. Les soins de santé tertiaire	18
1.4.4. Le secteur privé.....	18
1.4.5. Les services associés.....	19
2. POLITIQUE EN MATIERE DE REPRODUCTION.....	20
2.1. La mortalité maternelle	20
2.2. La mortalité infantile.....	21
2.3. Les recommandations de l’OMS.....	22
2.4. La politique du Ministère de la santé.....	22
3. LES AUTRES PERSONNELS COMPETENTS EN OBSTETRIQUE.....	24
3.1. Les Médecins gynécologues obstétricien.....	24
3.2. La Matrone (Cadre supérieure)	24
3.3. La Ward Manager (Sage-femme Cadre).....	25
3.4. La « Charged Nurse »	25
3.5. La démographie médicale	25
4. LE STATUT DE LA FEMME A L’ILE MAURICE.....	27

Partie 2 – La Sage-femme à l’île Maurice.....	29
1. HISTORIQUE DE LA PROFESSION	30
2. LA FORMATION DE SAGE-FEMME A L’ILE MAURICE	32
2.1 Le « Central School of Nursing »	32
2.2 L’entrée à l’école de sage-femme	32
2.3 Durée de la formation.....	33
2.4 Contenu de la formation.....	33
2.5 Nombre d’heures	34
2.6 Nombre d’actes réalisés	35
2.7 Validation de la formation	36
3 LA SAGE-FEMME EN FRANCE	37
3.1 Historique.....	37
3.2 La formation de sage-femme	38
3.2.1 La première phase	38
3.2.2 La deuxième phase.....	38
3.3 Les compétences de la sage-femme	39
4 LA PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS L’ORGANISATION DU SERVICE....	41
5 LES COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME.....	42
6 LES PRATIQUES OBSTETRIQUES.....	45
6.1 Le suivi de grossesse.....	45
6.1.1 La Clinique.....	45
6.1.2 La Para clinique.....	45
6.1.3 Les Traitements.....	46
6.2 Les pathologies associées à la grossesse.....	46
6.2.1 Le diabète	46
6.2.2 L’hypertension	47
6.2.3 L’anémie	47
6.3 La salle des naissances	48
6.3.1 Le travail	48
6.3.2 Le déclenchement.....	49
6.3.3 L’accouchement	49
6.3.4 La césarienne.....	50
6.4 Les suites de couches	50
Partie 3 – Discussion dans la visée d’adaptation.....	53
1. LA SOCIOLOGIE DE L’INDIVIDU	54
1.1. La socialisation	54
1.2. La subjectivation	54
1.3. L’individuation.....	55

2. LE STAGE	56
3. LES DIFFICULTES RENCONTREES EN PRATIQUE	57
3.1. Le comportement des usagers	57
3.2. Les multiples pratiques médicales	57
3.3. L'absence du père	58
3.4. Notion de la douleur.....	58
4. IES PERSPECTIVES D'ADAPTATION	59
4.1. La Consultation	59
4.2. L'accouchement	60
4.3. Les suites de couches	62
5. FAIRE DES ETUDES A L'ETRANGER	63
6. LE DILEMME	64
6.1. Exercer en France.....	64
6.2. Exercer à l'île Maurice.....	65
7. MON EXPERIENCE	66
Conclusion	67
Bibliographie	68
TABLE DES MATIERES	71
Annexe 1 : Localisation de l'île maurice	74
Annexe 2 : Carte de l'île maurice	75
Annexe 3 : Organisation du système de santé	76
Annexe 4 : Les hôpitaux de l'île	77
Annexe 4 : Situation géographique de l'hôpital Victoria	78
Annexe 5: Les objectifs du millénaire	79
Annexe 6: Professional code of practice for nurses and midwives	80
Annexe 7: Photographies de la maternité de l'hôpital victoria	83
Annexe 8 : Carnet des étudiantes sages-femmes	88

ANNEXE 1 : LOCALISATION DE L'ILE MAURICE



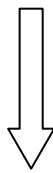
ANNEXE 2 : CARTE DE L'ILE MAURICE



ANNEXE 3 : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

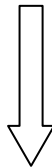
SOINS PRIMAIRES

- ❖ 23 Area Health Centres
- ❖ 2 Medi-clinics
- ❖ 1 Hôpital Communautaire (Dr Yves Cantin – Rivière Noire)



SOINS SECONDAIRES : 5 Hôpitaux Régionaux

- ❖ Région 1 – Port-Louis : Dr Jeetoo Hospital
- ❖ Région 2 – Pamplemousses : SSRN Hospital
- ❖ Régions 3 – Moka/Flacq : Flacq Hospital
- ❖ Région 4 – Grand-Port/Savanne : J.Nehru Hospital
- ❖ Région 5 – Plaines Wilhems : Victoria Hospital



SOINS TERTIAIRES : Centres spécialisés

- ❖ Brown Sequard Hospital : Hôpital psychiatrique
- ❖ S.Bharati Eye Hospital : Ophtalmologie
- ❖ ENT Hospital : Centre d'ORL
- ❖ Cardiac Hospital : Centre cardiaque
- ❖ Poudre d'Or Hospital : Maladies pulmonaires

ANNEXE 4 : LES HOPITAUX DE L'ILE

MAURITIUS Year 2005

HEALTH SERVICE POINTS & POPULATION FIGURES

-  REGIONAL HOSPITAL
-  DISTRICT HOSPITAL
-  SPECIALISED HOSPITAL
-  MEDI-CLINIC
-  COMMUNITY HOSPITAL
-  AREA HEALTH CENTRE
-  COMMUNITY HEALTH CENTRE
-  FAMILY HEALTH CLINIC

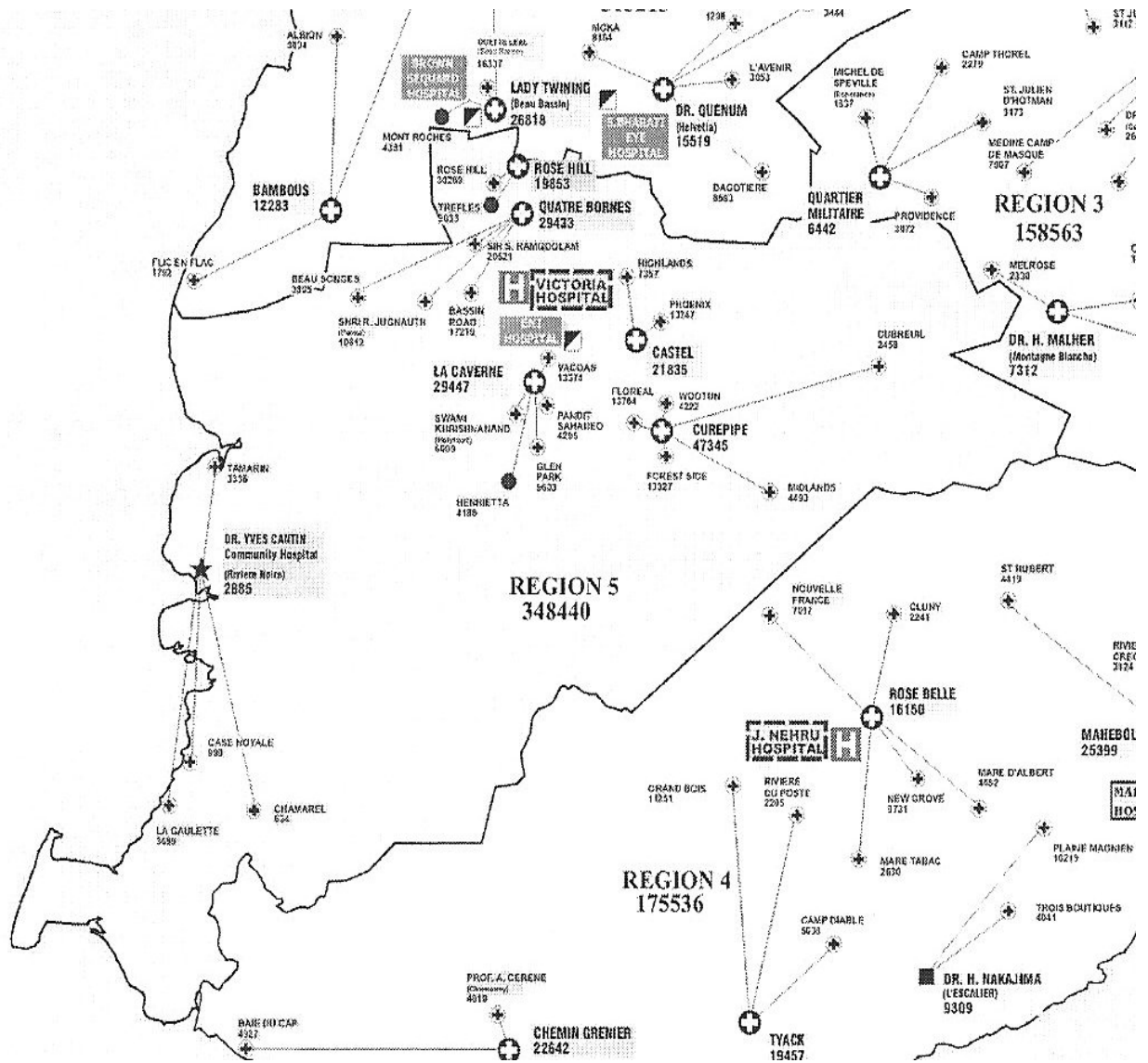
Rodrigues



YEAR 2005 HEALTH REGION						
	1	2	3	4	5	TOTAL
Hospital Beds	1546	638	313	475	722	3704
Doctors	167	164	135	163	166	775
Nurses	644	830	378	519	663	2734

Prepared by the Registrar General, Ministry of Health and Family Services, June 2005.
Source: Department of Health and Family Services, 2005.

ANNEXE 5 : SITUATION GEOGRAPHIQUE DE L'HOPITAL VICTORIA



ANNEXE 6: LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE

Les huit objectifs du millénaire (OMD) définis à l'issue du sommet du millénaire en 2000.

- OMD1: éradiquer l'extrême pauvreté et de la faim
- OMD2: assurer l'éducation primaire pour tous
- OMD3: promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- OMD4: réduire la mortalité des enfants
- OMD5: améliorer la santé maternelle
- OMD6: combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
- OMD7: assurer un environnement durable
- OMD8: mettre en place un partenariat mondial pour le développement

ANNEXE 7: PROFESSIONAL CODE OF PRACTICE FOR NURSES AND MIDWIVES

1. Introduction

1.1 This Professional code of practice for Nurses and Midwives has been developed and established by the Nursing Council of Mauritius pursuant to section 12(f) of the Nursing Council Act 2003.

1.2 The code of practice is a set of expected national standards of nursing conduct, performances and ethics for registered nurse working in Mauritius.

1.3 The code is not intended to give detailed professional advice on specific issues and areas of practice; rather it identifies the minimum requirement for conduct in the profession.

1.4 A breach of the code may constitute professional misconduct or unprofessional conduct.

2. Purpose

The purpose of the code of practice for nurses in Mauritius is to;

2.1 Set an expected national standard of conduct for the Nursing profession..

2.2 Inform the registered nurse about the acceptable standard for professional conduct of nurses in Mauritius.

2.3 Provide service users, regulatory bodies, employers and professional bodies with the basis for decisions regarding standards for professional conduct of nurses.

2.4 Serve as a guide for self-evaluation and self-reflection for nursing professionals.

3. Scope

3.1 The professional code of practice for nurses and midwives applies to all areas of Nursing and Midwifery.

3.2 Nurses as public officers have, as well to abide to the Code of ethics for Public Officers as in force.

4. Safe and competent practice

The Nurse has an obligation to practice in a safe and competent manner that is not compromise by personal health limitations

The Nurse/Midwife should report to the appropriate authority, for remedial action, any existing condition or situation that could jeopardize the standard of practice

The Nurse/Midwife has an obligation to maintain competence by ever updating his/her knowledge, skills and abilities in the theory and practice of nursing and midwifery.

The Nurse/Midwife should know the limits of his/her professional competence and practice within that level of competence as ascribed in her/his training and if there is need advise the appropriate authorities of their scope of practice including any limitations.

The nurse must be aware that undertaking activities that are not within their scope of practice may compromise the safety of an individual. In such situation where she feel having doubt on his competence to give care to a service user should seek guidance from a senior nurse or carry out the care under the supervision of a registered nurse or a registered medical practitioner.

The nurse should be ever ready to share his knowledge and experience to his colleagues or other paramedical staff and involve in clinical teaching of juniors nurses, nursing and medical students, however, he/she should act within the scope of his competence.

4.3 Quality Care

The Nurse/Midwife should strive to provide the highest possible quality of care in any given situation.

4.4 Respects for the Individual

In providing care the Nurse/Midwife should have respect for the person's individual needs, values, culture and belief and of any significant others. His right for information and informed consent or refusal for any treatment should be maintained.

In making professional judgement in relation to the individual interest and right, a nurse/midwife must practice in accordance with laws relevant to the nurse's area of practice and not to contravene any law or breach of the Human Right of an individual.

4.5 Confidentiality

The Nurse and Midwife should hold in confidence any information about the patient that he/she obtains in the exercise of his/her functions and ensure that such information is not disclosed without the person's or the treating Health Institution consent unless it is for professional and legal purposes.

In the absence of consent, the nurse uses professional judgments regarding the necessity to disclose particular details, giving due consideration to the interest, wellbeing, health and safety of the individual.

4.6 Equity and Fairness

The Nurse/Midwife should uphold the principles of equity and fairness towards all people in whatever state the individual is, in the provision of care and ensure that the patients have access to health services, responsive to their needs within the resources available.

4.7 Professional Ethic

The Nurse/Midwife should maintain professional relationship with the patients and cooperate with others in the team.

The Nurse/Midwife should not use his/her professional status for promoting and marketing any commercial products and services as condemned by the World Health Organization.

The conduct of a nurse must at all time maintain and build public trust and confidence that upholds the reputation of the profession.

4.9 Fidelity

The Nurse/Midwife has an obligation to be faithful to the responsibilities he or she undertakes.

A nurse must promote and preserve the trust that is inherent in the privileged relationship between a nurse and a client and has to respect both the person and his property.

4.10 Identification

The Nurse/Midwife should wear the appropriate uniform and display conspicuously the applicable title and name to identify him/her in any healthcare settings.

4.11 Records keeping

The Nurse /Midwife should keep appropriate documentation in the exercise of his/her functions and ensure that such records are accurate and factual.

4.12 Accountability

The Nurse/Midwife is personally and professionally responsible and accountable for any action or omission in the exercise of his/her duty.

ANNEXE 8: PHOTOGRAPHIES DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL VICTORIA

Salle de pré-travail : composée de 10 lits et chacun équipé d'une potence, d'un monitoring et d'une pompe électrique.



Salle des naissances :

3 salles d'accouchement :

- 1 table d'accouchement
- 2 pinces Kocher
- 1 paire de ciseaux
- 1 porte-aiguille





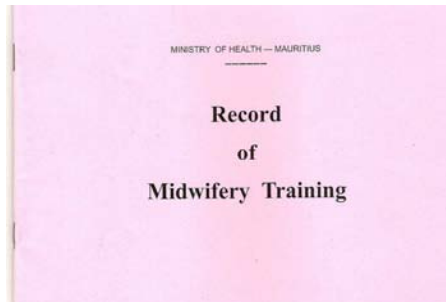
La table de réanimation des nouveau-nés



Salle d'examen en consultation



ANNEXE 8 : CARNET DES ETUDIANTES SAGES-FEMMES



Name _____ Training began _____
 Training ended _____

PART I - TRAINING

Hospital _____

WITNESSED CASES - Normal

Date	Name	Pos.	Midwife's Signature	Date	Name	Pos.	Midwife's Signature
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			

WITNESSED CASES - Abnormal

Date	Name	Pos.	Midwife's Signature	Summary of Labour

ANTENATAL CLINICS ATTENDED

Date	Work done	Midwife's Signature	Date	Work done	Midwife's Signature

Case No. 1 **SUMMARY OF PREGNANCY, LABOUR AND PUERPERAL**

Name _____ Age _____ Grav _____
 Date and Time of Admission _____
 Condition on admission - Temp _____ Pulse _____ B.P. _____
 Uterine _____ Oedema _____
 Abdominal Exam - F.U. _____ Press _____ P.H. _____
 Engagement _____ F.H.R. _____
 Contractions - Strength _____ Frequency _____
 Labour begun _____ Membranes ruptured _____
 Vaginal exam - Date and Time _____
 Findings _____
 Fetal situation _____ Baby born _____
 Sex of child _____ Birth weight _____
 Placenta born _____ Blood loss _____
 Perineum _____ Sutures _____
 Afters of labour - Temp _____ Pulse _____ S.P. _____
 Length of labour _____ Discharge date _____
 1st Stage _____ Discharge weight _____
 2nd Stage _____
 3rd Stage _____
 TOTAL _____
 Midwife's Signature _____ Teacher's Signature _____

PART II - TRAINING

Hospital _____ District _____

CHILD HEALTH CLINICS ATTENDED

Date	Work done	Midwife's Signature	Date	Work done	Midwife's Signature

Preethee JOYMANGUL

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Faculté de médecine, Université Henri Poincaré – Nancy 1 ;
Ecole de sage-femme Albert Fruhinsholtz
Promotion 2006-2010

TITRE : Etre sage-femme à l'île Maurice.

MOTS-CLEFS : Ile Maurice, formation des sages-femmes, rôle des sages-femmes, pratiques obstétricales, hôpital Victoria

KEY- WORDS: Mauritius, midwifery course, role of the midwives, obstetrics in Mauritius, Victoria Hospital

RESUME

Ce mémoire est un regard sur la profession de sage-femme à l'île Maurice du point de vue d'une mauricienne ayant eu toute sa formation médicale en France. C'est aussi une vision extérieure et avisée sur toutes les différences et les similitudes qui naissent de l'influence de la culture et de l'histoire des pratiques professionnelles. Une étude personnelle a donc été menée lors du stage d'été en juillet 2009 qui vise à l'adaptation et à l'intégration dans un système médical étranger.

SUMMARY

This study is an outlook on the profession of the midwife in Mauritius from the point of view of a Mauritian who did her midwifery course in France. It is also an external and advised vision on all the differences and the similarities which depend on the influence of the history and the culture of the medical practices in one of the public hospitals on the island. A personal study was carried out during a summer training period in July 2009, which concerns the methods of adaptation and integration in a foreign medical system.