

UNIVERSITÉ LILLE
École de sages-femmes CHU de Lille

Exercer la profession de sage-femme dans
une maternité périphérique à Mayotte : quels
impacts sur leurs pratiques professionnelles
en France métropolitaine ?

Mémoire rédigé et soutenu par
Manon FERIAU
Sous la direction de Mme Manon DÉPINOY

Année 2021
Promotion « Anna ROY »

Remerciements

Je remercie Madame DEPINOY Manon pour avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'encadrer dans les différentes étapes de ce travail.

Je remercie Madame ROBITAILLE Stéphanie, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes du CHU de Lille, pour la guidance de ce mémoire.

Je remercie les 17 sages-femmes ayant consacré une partie de leur temps à la réalisation d'un entretien me permettant de réaliser cette étude.

Je remercie Lucie, Océane, Justine, Evangeline, Perrine, Céline et Rachel pour le soutien mutuel et les bons moments passés ensemble durant ces quatre années d'études.

Enfin, je remercie ma famille pour sa confiance, ses encouragements et son appui tout au long de mes études.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
<hr/>	
I. APPROCHE CONTEXTUELLE	2
<hr/>	
1) Géographie et histoire de Mayotte	2
2) Situation socio-économique	3
A) Démographie et flux migratoires	3
B) Une précarité hors norme	3
3) Culture et parentalité	4
A) La famille au centre de la culture mahoraise	4
B) La grossesse chez les femmes mahoraises	5
C) Un lien parents-enfants différent de celui de la métropole	5
4) Données périnatales	6
A) Un taux de natalité record	6
B) Un suivi de grossesse défectueux	7
C) Un accouchement plus physiologique qu'en métropole	7
D) Une mortalité infantile élevée	8
E) Une utilisation des moyens de contraception peu répandue	8
5) L'organisation de l'offre de soins périnatale et ses problématiques	8
A) Organisation générale	8
B) Compétences des sages-femmes en France	9
C) Être sage-femme dans les maternités périphériques	11
D) Les limites du système	12
II. METHODOLOGIE	14
<hr/>	
1) Problématisation	14
2) Type d'étude	14
3) Choix de la population	15
4) Constitution de l'échantillon	15
5) Modalités de l'enquête	15
III. RESULTATS OBTENUS AU COURS DE L'ENQUETE	17
<hr/>	
1) Présentation générale des sages-femmes interrogées	17
2) Les conditions de travail au sein des maternités périphériques	17
A) Les différents types de professionnels	17
B) Les activités réalisées	18
C) Les caractéristiques des femmes enceintes	19

D) Les conditions de travail : matériel, locaux, effectif	25
E) La pratique professionnelle	26
F) Les difficultés rencontrées	30
3) La reprise d'activité en France métropolitaine	33
A) Une réadaptation plus ou moins complexe en fonction des sages-femmes	33
B) Les atouts de cette expérience	36
C) Les points positifs de cette expérience	38
D) Les points négatifs de cette expérience	40
E) L'évolution de carrière	41
F) Avis sur l'utilisation de la ventouse par les sages-femmes en France métropolitaine	42
IV. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	44
<hr/>	
1) Limites et forces de l'étude	44
A) Les points positifs	44
B) Les points négatifs	45
2) Analyse et discussion	45
A) L'amélioration de la pratique de la professionnelle	46
B) Un sentiment de frustration face à la réduction du champ de compétences	49
C) Une meilleure adaptation dans la prise en charge des patientes de cultures différentes	51
D) Une meilleure écoute de la physiologie	53
E) Une période de réadaptation nécessaire pour certaines prises en charge : grossesses pathologiques, déclenchements, césariennes et travaux sous analgésie péridurale	56
F) Un impact sur le lieu d'activité	57
3) Axes de réflexion	58
A) L'utilisation de la ventouse Kiwi® par les sages-femmes	58
B) L'autonomie de la sage-femme	59
CONCLUSION	60
<hr/>	
BIBLIOGRAPHIE	61
<hr/>	
ANNEXES	I
<hr/>	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AME : Aide médicale de l'état

AP : Auxiliaire(s) de puériculture

ARCF : Anomalie(s) du rythme cardiaque fœtal

AS : Aide(s)-soignant(s)

ASH : Agent(s) des services hospitaliers

CAT : Conduite(s) à tenir

CHU : Centre(s) hospitalier(s) universitaire(s)

CPN : Consultation(s) prénatale(s)

DARU : Délivrance(s) artificielle(s) révision(s) utérine(s)

DOM TOM : Département(s) d'outre-mer et Territoire(s) d'outre-mer

DU : Diplôme(s) universitaire(s)

ECG : Électrocardiogramme

GEU : Grossesse(s) extra-utérine(s)

HDD : Hémorragie de la délivrance

HRP : Hématome(s) rétro-placentaire(s)

KTVO : Cathéter veineux ombilical

MAF : Mouvements actifs fœtaux

MAP : Menace(s) d'accouchement prématuré

MFIU : Mort(s) fœtale(s) in utero

NN : Nouveau-né(s)

PEC : Prise(s) en charge

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

SA : Semaine(s) d'aménorrhée

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SF : Sage(s)-femme(s)

TV : Toucher vaginal

INTRODUCTION

Malgré une précarité socio-économique omniprésente, Mayotte rassemble une population multiculturelle regorgeant de croyances et de traditions. Avec un taux de natalité de 5 enfants par femme, cet archipel possède la plus grande maternité d'Europe. Les offres d'emploi y sont nombreuses pour les soignants. En conséquence, certaines sages-femmes métropolitaines n'hésitent pas à s'expatrier en début de carrière afin d'enrichir leur expérience professionnelle.

A notre connaissance, aucune étude ne s'est encore portée sur les sages-femmes choisissant d'exercer à Mayotte. De ce fait, il semble intéressant de réaliser une étude sur ce sujet afin d'identifier les répercussions sur leurs pratiques professionnelles.

L'objectif de cette étude est ainsi d'analyser l'impact sur les pratiques professionnelles des sages-femmes ayant travaillé dans une maternité périphérique à Mayotte. Pour cela, des entretiens semi-directifs seront réalisés avec des sages-femmes ayant exercé dans une maternité périphérique à Mayotte. Nous aurions pu nous intéresser à l'ensemble des sages-femmes ayant exercé en milieu hospitalier à Mayotte, toutefois les conditions d'exercice étant différentes dans la maternité principale de Mayotte à Mamoudzou, nous avons fait le choix de nous concentrer uniquement sur les maternités périphériques afin d'apporter davantage de précision à notre étude.

La première partie de cet écrit aura pour but d'établir un état des lieux de Mayotte. Nous nous intéresserons à la situation socio-économique de la population mahoraise ainsi qu'à sa culture présente autour de la parentalité. Enfin, nous présenterons l'organisation de l'offre de soins ainsi que ses problématiques après avoir exposé les données périnatales.

La seconde partie consistera d'une part à détailler la méthodologie de cette étude et d'une autre part à présenter les résultats obtenus au terme de cette enquête.

Pour finir, la troisième partie de ce mémoire aura pour objectif d'analyser et de discuter des données recueillies.

I. Approche contextuelle

1) Géographie et histoire de Mayotte

Située à 8 000 km de la France métropolitaine dans l'hémisphère sud, l'île de Mayotte appartient à l'archipel des Comores qui est composée de trois autres îles : Grande Comore, Mohéli et Anjouan, les « îles sœurs ». Elle se trouve entre l'Afrique et Madagascar au sein de l'océan Indien. Avec une superficie de 374 km², Mayotte est constituée de deux îles principales, Grande-Terre et Petite-Terre ainsi qu'une trentaine d'îlots répartis au sein de son lagon. Mayotte est reconnue pour posséder l'un des plus beaux et vastes lagons coralliens du monde de 1 500 km², délimité par une barrière de corail longue de 160 km (1).

Mayotte rassemble trois populations de cultures différentes : les français mahorais, les français métropolitains et les émigrés, essentiellement d'origine comorienne (2). En effet, tout au long de l'histoire, Mayotte a connu de multiples vagues migratoires. Tout d'abord, l'île aurait été peuplée entre le V^{ème} et le VIII^{ème} siècle par un peuple d'origine Bantou. Puis jusqu'au XIII^{ème} siècle, les échanges commerciaux se sont développés avec l'Afrique de l'est, le canal de Mozambique et Madagascar. De nombreuses invasions arabes ont également touché l'île, expliquant la raison pour laquelle 95% de la population est actuellement de religion musulmane (1).

L'arrivée sur l'archipel des premiers européens, principalement français et portugais, remonte au XV^{ème} siècle, dans le but d'utiliser l'île comme point de ravitaillement sur la Route des Indes. Cependant, cela entraîna des violences caractérisées par des guerres, des pillages et de l'esclavage. Ainsi en 1841, le sultan Andriantsouli, d'origine malgache, remet l'île à la France afin de cesser les violences, permettant l'abolition de l'esclavage en 1846. Mayotte obtient alors le statut de Territoire d'Outre-mer en 1946 (1).

Depuis les années 1970, suite à plusieurs référendums portant sur l'indépendance des îles des Comores, Mayotte exprime le souhait de rester française (1). En conséquence, Mayotte devient le 101^{er} département français en 2009 (3).

Toutefois depuis 1946, des tensions sont apparues avec l'Union des Comores. Elle, ainsi que l'Organisation des Nations Unies (ONU) considèrent la présence française comme une occupation illégale du territoire. A partir de 1995, la population des différentes îles des Comores ne peut plus circuler librement pour se rendre à Mayotte et les visas sont rarement délivrés. Beaucoup de familles se retrouvent ainsi séparées et prennent le risque de la traversée à l'aide

de petites embarcations, mais beaucoup s'échouent en pleine mer. Aujourd'hui, les Comores font parties des pays les plus pauvres et politiquement instables du monde (3).

2) Situation socio-économique

A) Démographie et flux migratoires

Mayotte est le second département le plus peuplé de France après l'île de France avec 690 habitants/km². En 2017, Mayotte comptait 256 500 habitants (4, 5), sa population a été multipliée par quatre en moins de 40 ans. Les Comores se trouvant à 70 km de Mayotte (4), les flux migratoires y sont très importants (5). De ce fait, la population étrangère progresse fortement, la moitié des habitants de Mayotte ne possède pas la nationalité française, 95% des étrangers sont d'origine comorienne et 4% d'origine malgache (5, 6). Par ailleurs, l'âge moyen de la population y est très jeune, soit 23 ans en 2017 (2, 5). La moitié des habitants ont moins de 18 ans (5, 6). En raison de cette immigration, le nombre d'habitants pourrait être bien au-delà des données officielles et atteindre officieusement les 350 000 habitants (7).

Beaucoup de comoriens arrivent à Mayotte, dans le but d'améliorer leurs conditions de vie et pouvoir bénéficier de soins médicaux. Cependant, étant en situation d'irrégularité sur le territoire, ils doivent faire face à des difficultés importantes, notamment pour s'insérer sur le marché du travail (8), entraînant une précarité importante (2).

Toutefois, 45% des jeunes âgés de 18 à 24 ans nés à Mayotte résident en métropole afin de suivre des études ou trouver un travail (4, 6).

B) Une précarité hors norme

La précarité est un enjeu majeur à Mayotte. En effet, c'est le département le plus pauvre de France, on note que 84% de la population vit sous le seuil de pauvreté contre 16% en métropole (2, 9). En conséquent, l'habitat précaire y reste prépondérant. En 2017, 39% des habitations principales sont constituées de tôle, de végétal, de bois ou de terre et parmi elles, beaucoup sont dépourvues d'électricité (5, 9). De plus, plus d'un tiers des habitants ne possèdent pas l'eau courante (9).

Le chômage fait également partie des grandes préoccupations, effectivement 30% de la population est concerné. Ce sont les femmes et les jeunes venant de l'étranger qui en sont le plus impactés en raison du manque d'éducation (9, 10) : 45% des femmes n'ont jamais été

scolarisées ou ont arrêté l'école en primaire (9). En 2015, plus d'un jeune sur deux était en situation d'illettrisme et 75% d'entre eux présentent de graves difficultés de lecture (2, 4). Dans les écoles, les classes sont souvent surchargées, de ce fait de nombreuses écoles maternelles et primaires doivent mettre en place un système de roulement, dans lesquelles les élèves n'ont cours seulement le matin ou l'après-midi. En raison de ce contexte, l'éducation de la jeunesse représente le principal défi de l'île (2, 4, 8).

Cette précarité entraîne un impact non négligeable sur l'espérance de vie, les femmes vivent en moyenne 77 ans et les hommes 74 ans, soit respectivement 9 ans et 5 ans de moins qu'en métropole (11).

3) Culture et parentalité

A) La famille au centre de la culture mahoraise

La société mahoraise est influencée par de nombreuses origines : bantoues, malgaches, perses, musulmanes et maintenant occidentales. La religion musulmane rythme la vie quotidienne des habitants comme les naissances, les mariages, les cérémonies, l'école, et l'alimentation (12). C'est une société où la notion de famille est très importante. La promiscuité est de règle ainsi les habitations sont groupées en villages. Il y a un besoin vital d'être ensemble. De plus, le respect des aînés est très important. Les enfants ont pour devoir de satisfaire les besoins de leurs parents âgés (13).

Le modèle familial mahorais repose sur deux éléments essentiels : le mariage et une fécondité élevée (8). Toutefois, ce sont des unions fragiles (14). Durant leur vie, les femmes ont souvent plusieurs maris successifs avec environ deux à quatre mariages religieux (12). Pour le mari, il suffit de prononcer une simple phrase (« je te répudie ») afin de demander le divorce, tandis qu'une femme doit prouver que son mari ne remplit pas ses devoirs envers sa famille (14, 15). De plus, les lois de l'islam permettent la polygamie (14). De ce fait, près d'un homme sur dix est polygame (8), bien que cette pratique ait été abrogée en 1993 par la loi Pasqua (16).

B) La grossesse chez les femmes mahoraises

Durant la grossesse, malgré la gratuité des soins dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), la majorité des femmes se font suivre irrégulièrement. En effet, c'est une population ayant peu recours aux soins médicaux, certaines personnes se réfèrent encore à la médecine traditionnelle. Pour beaucoup de mahorais, Dieu, la sorcellerie et les esprits représentent les trois causes d'une pathologie (12).

Durant l'accouchement, malgré l'absence de péridurale, les femmes expriment peu la douleur. Les pères sont rarement présents durant ce moment. Toutefois, elles sont très souvent accompagnées par une femme de leur famille (17). Contrairement à la métropole où la loi n'autorise pas la remise du placenta à la famille car il est considéré comme un déchet anatomique (18), à Mayotte toutes les femmes récupèrent leur placenta afin de l'enterrer dans la cour de leur maison dans le but d'ancrer l'enfant dans la lignée familiale (12).

Après l'accouchement, la mère entame une période d'isolement d'environ quarante jours correspondant à la durée de l'écoulement des lochies (19). En effet, comme durant les flux menstruels (20), la femme est considérée comme impure, elle ne peut pas effectuer de tâches domestiques (19), ni prier à la mosquée (20). Durant le post-partum, la femme se consacre pleinement à son enfant. Pour favoriser la lactation, les femmes de sa famille se chargent de lui préparer des plats généreux (19). En effet, 95% des enfants de 0 à 4 ans sont allaités (12). Après la disparition des lochies, la femme effectue un lavement de purification, ce sont les relevailles. La mère peut alors reprendre son mode de vie quotidien et à nouveau avoir des rapports sexuels avec son mari (19).

C) Un lien parents-enfants différent de celui de la métropole

À Mayotte, comme beaucoup de cultures africaines, malgré la pauvreté, les femmes ont beaucoup d'enfants. La contraception est peu connue et difficilement acceptable (21).

Ce sont des enfants qui appartiennent à la communauté et non seulement aux parents, toutes les femmes participent à l'éducation et répondent à leurs besoins (12). Les pères sont peu investis. Un quart des enfants de moins de 2 ans vivent sans leur père et 7 à 9% des enfants de plus de 6 ans vivent dans un ménage sans aucun de leurs parents (8). En effet, les enfants sont souvent gardés par des tiers durant de longues périodes (12).

Les enfants mahorais sont fréquemment victimes d'accidents domestiques. En effet, ils vivent dans des habitats précaires où l'insalubrité est omniprésente (9). De plus, les femmes

sont constamment mobilisées pour répondre aux besoins de leur famille nombreuse, en effectuant les tâches domestiques comme trouver de la nourriture, laver le linge ou aller chercher de l'eau potable (22). En conséquent, certains enfants échappent à la vigilance des adultes. Face au décès d'un enfant, la mère extériorise très peu ses sentiments. Les pleurs sont peu présents dans cette culture. La mort est perçue comme un appel de Dieu et une montée vers le paradis (12).

En raison du faible niveau socio-économique, les parents sont peu investis dans la scolarisation de leurs enfants. C'est une société où les échanges entre les parents et les enfants sont parfois limités. Les adolescents reçoivent peu d'informations sur la sexualité, faisant perdurer certains tabous au sein de la société. En conséquent, le nombre de grossesses précoces et non désirées reste très élevé à Mayotte. Or, les grossesses hors mariage sont souvent mal tolérées au sein de la famille, ce qui entraîne l'organisation d'un mariage précipité (12).

Cependant, cette culture ne cesse d'évoluer. Ces pratiques sont notamment très influencées par le niveau d'éducation de la population. Les mariages se font plus tardivement chez les femmes ayant été au lycée. Beaucoup d'entre elles, pensent que la polygamie n'est pas acceptable contrairement aux femmes n'ayant pas été à l'école (8). Toutefois, quel que soit le niveau d'éducation, le désir d'enfant reste important chez les femmes de moins de 25 ans, avec une moyenne d'enfants souhaités de 4,3 enfants par femme (4, 8).

4) Données périnatales

A) Un taux de natalité record

En 2018, 9 600 nouveau-nés sont nés à Mayotte (23). Avec un taux de natalité de 38 naissances pour 1 000 habitants, la natalité à Mayotte est comparable à celle du Sénégal ou du Nigeria (4, 5). Durant les années 2014 et 2015, une forte augmentation des naissances a été recensée, les naissances seraient passées de 7000 par an à près de 10 000, avec une population officielle de 250 000 habitants. L'immigration pourrait en être la cause (2). En effet, les trois-quarts des naissances concernent des femmes de nationalité comorienne (8, 23). En 2017, l'indicateur de fécondité était de 5 enfants par femme contre 1,9 en métropole, c'est le département de France ayant le taux le plus important (5). En raison du faible niveau d'éducation, l'indice de fécondité est plus important chez les femmes de nationalité comorienne (6, 11) car à niveau d'étude équivalent, elles n'ont pas plus d'enfants que les femmes nées à

Mayotte (4). Le nombre de grossesses chez les femmes mineures est particulièrement préoccupant à Mayotte. En effet, elles représentent 5% des naissances (23) et en conséquent, un taux de fécondité, 10 fois supérieurs à celui de la métropole avant 20 ans (5). Le pic des naissances se situe vers l'âge de 24 ans (5, 9).

B) Un suivi de grossesse défectueux

Le suivi des femmes enceintes est souvent insuffisant, plus particulièrement pour les 60% des femmes ne possédant pas de couverture sociale (2, 8). En effet, 63,1% des femmes ont moins de 7 consultations durant leur grossesse et la majorité d'entre elles n'ont pas les 3 échographies recommandées. Très peu de femmes bénéficient des cours de préparation à la naissance. Le post-partum est souvent délaissé car le prado est inexistant sur l'île. De plus, la rééducation périnéale ne peut être réalisée uniquement chez les femmes ayant une couverture sociale (2).

C) Un accouchement plus physiologique qu'en métropole

Les accouchements ayant lieu à Mayotte se déroulent d'une manière plus physiologique qu'en métropole. En 2016, le recours à une extraction instrumentale représentait 3% des accouchements, soit trois fois moins qu'en métropole. L'utilisation de syntocinon durant le travail est lui aussi moins importante, seulement 22,1% des femmes en ont bénéficié contre 52,5% en métropole. Le taux de césarienne est également moins élevé, il représente 18% des naissances (9), cependant 83% d'entre elles se font en urgence (24).

Toutefois, certaines pathologies sont plus importantes, 11,8% des naissances sont prématurées à Mayotte contre 7,5% en métropole (2, 9). Les retards de croissance intra-utérin (RCIU) et les petits poids à la naissance (PAG) sont nombreux : 13,4% des nouveau-nés pèsent moins de 2500 g à la naissance contre 7,5% en métropole. Les femmes séropositives ou atteintes de l'hépatite B sont nombreuses sur l'île : 0,7% des femmes enceintes sont séropositives et 2,3% sont porteuses de l'hépatite B (2).

L'analgésie péridurale est un acte peu accessible, en effet, les médecins anesthésistes sont présents uniquement à la maternité de Mamoudzou et l'effectif est insuffisant (2, 24). Cependant, la péridurale est très peu demandée, seulement 12,8% des parturientes en souhaitent

une durant le travail contre 64,3% en métropole. En conséquent, 87,6% des accouchements sont réalisés sans analgésie (2).

D) Une mortalité infantile élevée

Par rapport à la moyenne française, la mortalité infantile à Mayotte y est très importante : en 2018, 1% des enfants nés vivants n'atteignent pas l'âge d'un an, soit le triple qu'en métropole (2, 11, 23). Ceci est dû en partie au nombre plus conséquent de naissances prématurées et de nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2,5 kg à la naissance mais aussi aux conditions de vie précaires qui entraînent notamment des retards de soins, des accidents domestiques et des états de sous-nutritions (11, 12).

E) Une utilisation des moyens de contraception peu répandue

A Mayotte, la contraception est très peu maîtrisée. En 2016, 20% des femmes ont eu une grossesse sous contraceptif (15). Elles ont souvent peu de connaissances sur leur anatomie et le fonctionnement des cycles menstruels entraînant de fausses représentations et des croyances erronées sur la contraception (21). De plus, beaucoup d'entre elles craignent d'être jugées par leur entourage (15, 21).

Les consultations gynécologiques ont lieu dans la majorité des cas dans les centres de PMI dans lesquels les sages-femmes peuvent délivrer gratuitement les différents moyens de contraception. Cependant les pénuries de pilules, d'implants ou de stérilets sont très fréquentes. Or, la majorité des femmes venant consulter n'est pas affiliée à la sécurité sociale, de ce fait elles ne peuvent pas avoir accès aux pharmacies (9, 21).

5) L'organisation de l'offre de soins périnatale et ses problématiques

A) Organisation générale

Mayotte possède une organisation de l'obstétrique et de la périnatalité différente de celle du reste de la France (24). Elle dispose de la plus grande maternité de France (6) qui se situe au Centre Hospitalier de Mamoudzou (CHM), puis de quatre maternités dites « périphériques » avec la maternité de Mramadoudou au sud, celle de Kahani au centre, celle de Dzoumogné au nord puis Dzaoudzi sur l'île de Petite-Terre (9, 24). Les deux-tiers des naissances ayant lieu sur l'île se réalisent au sein de la maternité de Mamoudzou (2, 23, 25). C'est la seule maternité de

l'île possédant un plateau technique fonctionnel et une équipe médicale composée de gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes réanimateurs (2, 24). En conséquent, de nombreux transferts ont lieu des maternités périphériques vers la maternité centrale pour que les femmes enceintes à risque pour l'accouchement puissent être prises en charge de façon optimale. Cependant, la maternité de Mamoudzou transfère également une grande partie des femmes et leur nouveau-né quelques heures après l'accouchement vers les maternités périphériques en raison du manque de lits (24).

Chacune des maternités périphériques de Grande-Terre réalise entre 600 et 900 accouchements par an. Elles disposent de deux salles d'accouchement, deux salles de pré-travail et 20 lits de suites de naissances (2, 24). Des échographies et des consultations prénatales sont également réalisées (2).

De plus, une vingtaine de centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont présents sur l'île (2, 9). Ils permettent de contribuer aux suivis de grossesse et à la vaccination des enfants de 0 à 6 ans (2). L'offre de soins en libéral est très limitée avec une quinzaine de cabinets de sages-femmes libérales (2, 9), une vingtaine de médecins généralistes et deux gynécologues-obstétriciens libéraux (2).

En raison des difficultés de recrutement des médecins, auxquelles l'île doit faire face (2, 24), les sages-femmes possèdent un rôle majeur dans le suivi périnatal. 98,8% des femmes enceintes consultent au moins une fois une sage-femme durant leur grossesse (2).

B) Compétences des sages-femmes en France

Article L4151-1 du code de la santé publique : « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1* »

Le métier de sage-femme est une profession médicale nécessitant 5 ans de formation (26). La sage-femme assure le suivi prénatal physiologique de la femme enceinte en effectuant

les examens prénataux obligatoires ainsi que l'accompagnement à la préparation à la naissance et à la parentalité. En salle de naissance, la sage-femme diagnostique le début de travail puis assure le suivi de celui-ci jusqu'à la réalisation de l'accouchement. Après la naissance, elle effectue les soins postnataux à la mère et l'enfant (26, 27).

Article L.4151-3 du code de la santé publique : « *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin* »

Article R.4127-313 du code de déontologie : « *dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.* »

Cependant d'après le code de la santé publique et de déontologie, la sage-femme après avoir diagnostiqué la pathologie doit se référer à un médecin (27). Elle peut alors pratiquer des soins sur prescription médicale dans le cadre de la pathologie (26). La principale difficulté pour la sage-femme est de discerner la limite entre la physiologie et la pathologie (27).

Elle a de plus un droit de prescription correspondant à une liste de médicaments et d'exams médicaux nécessaire dans l'accomplissement de sa profession et définie par l'autorité administrative (26, 27). Elle peut également pratiquer les échographies gynécologiques, dans le but de dater les grossesses avant 11 semaines d'aménorrhée (SA) et mesurer la longueur du col de l'utérus (28), ainsi que des échographies obstétricales afin d'analyser la quantité de liquide amniotique, la vitalité fœtale, la biométrie fœtale, la présentation du fœtus et la localisation placentaire (26, 29, 30). Depuis la loi « Hôpital, Patients Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, la sage-femme peut effectuer le suivi gynécologique et la contraception auprès des femmes à condition d'adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie (27). Grâce à loi du 26 janvier 2016, elle est autorisée à réaliser les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses et à prescrire les substituts nicotiniques (26, 29).

C'est une profession où les champs d'intervention sont partagés avec de nombreux professionnels de santé comme les gynécologues médicaux et obstétricaux, les pédiatres, les puéricultrices, les masseurs-kinésithérapeutes... (26, 29).

C) Être sage-femme dans les maternités périphériques

A Mayotte, les sages-femmes réalisent 83,1% des accouchements. En raison de l'absence des médecins au sein des maternités périphériques, les sages-femmes possèdent un rôle clé dans la prise en charge des parturientes (25). Depuis 2015, les sages-femmes arrivant à Mayotte bénéficient de certaines formations en raison de la présence de dérogations stipulées dans leur contrat de travail. Si besoin, elles sont habilitées à utiliser la ventouse (Kiwi®) pour les extractions instrumentales, ainsi qu'à avoir recours à la pose d'un ballonnet de tamponnement intra-utérin (Bakri®) en cas d'hémorragie de la délivrance (9, 25). De plus, elles ont aussi un droit de prescription pour le sulprostone et l'acide tranexamique (25).

Les sages-femmes sont très autonomes, elles exercent pleinement leurs compétences notamment lorsqu'elles travaillent au sein des maternités périphériques. Pour exemple, dans la maternité de Dzoumogné, en journée, 3 sages-femmes sont présentes pour prendre en charge, le bloc obstétrical, les urgences gynécologiques et obstétriques, les suites de couches et les transferts jusqu'à la maternité centrale (9, 25). La nuit, seules 2 sages-femmes y travaillent. De ce fait si un transfert a lieu, l'une d'entre elles se retrouve seule à gérer toute la maternité (9).

Au sein de ces maternités, les sages-femmes doivent savoir assurer le suivi de certaines grossesses pathologiques, être capable de prendre en charge les urgences gynécologiques ainsi que de dépister les grossesses extra-utérines et les fausses-couches sans l'aide d'un médecin présent. Si nécessaire, elles ont la possibilité de contacter un médecin de Mamoudzou afin d'établir les conduites à tenir et de décider ou non d'un transfert en ambulance de la patiente. Certains dossiers pathologiques peuvent parfois être présentés au staff de la maternité de Mamoudzou (2, 25). Toutefois, un médecin généraliste ou pédiatre se rend dans les maternités périphériques, une à deux fois par semaine, afin que les nouveau-nés puissent bénéficier d'un examen clinique durant la première semaine de vie (24).

Les sages-femmes doivent également faire preuve d'une grande anticipation. En effet en cas de transfert, il faut environ 45 minutes afin de rejoindre la maternité de Mamoudzou (2). Cependant dans les situations d'urgence vitale (réanimations néonatales, hémorragies du post-partum sévères), le SMUR de Mamoudzou, comportant un médecin spécialiste peut également se déplacer (2, 25).

D) Les limites du système

Article D. 6124-46 du code de la santé publique : « *lors de leur séjour en secteur d'hospitalisation, la mère et l'enfant bénéficient de la possibilité d'intervention tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris en urgence, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur.* »

Article D. 6124-44 du code de la santé publique : « *quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci organise la continuité obstétricale des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée : - soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ; - soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement* »

D'après le code de santé publique, ce sont des maternités hors normes, étant donné qu'elles sont uniquement sous la responsabilité des sages-femmes, puéricultrices et aides-soignants (2, 9). Elles ne correspondent à aucun cadre juridique, elles ne respectent pas les conditions de fonctionnement établies par l'agence régionale de santé (ARS) : elles ne sont ni des maternités de niveau 1, ni des centres périnataux de proximité (CPP) et ni des maisons de naissance. En effet, la continuité des soins obstétricaux et chirurgicaux ne peut pas être assurée, les effectifs médicaux ne sont pas respectés et les interventions abdomino-pelviennes sont impossibles à réaliser (24). Seule une ambulance, présente dans chaque hôpital périphérique, permet d'assurer les transferts jusqu'au Centre Hospitalier de Mamoudzou. En conséquent, seulement les accouchements à bas risque y ont lieu et la péridurale ne peut pas être proposée (9).

De plus, ces transferts peuvent être problématiques. En effet, parfois l'ambulance n'est pas disponible dans l'immédiat car elle peut déjà être mobilisée, c'est alors le SMUR qui assure le transfert. Cependant, ce dispositif peut retarder la prise en charge de la patiente. Toutefois, une deuxième ambulance pourrait être utilisée dans chaque hôpital périphérique, or cela reste inenvisageable en raison du manque d'ambulanciers sur l'île (24).

Concernant la maternité centrale de Mamoudzou, elle est considérée par l'agence régionale de santé (ARS) comme une maternité de type 2B. Cependant dans les faits, la maternité du CHM relève d'un niveau 3 car elle dispose d'une unité de réanimation néonatale non reconnue. En effet, l'état ne peut pas reconnaître cette unité de réanimation néonatale officiellement car elle ne répond pas aux normes réglementaires. Pour cause, l'unité possède uniquement quatre lits et non six lits comme exige la réglementation et de plus, le nombre de pédiatres possédant un diplôme universitaire en néonatalogie est insuffisant (24).

En effet, le manque de personnels sur l'île est omniprésent. En raison d'un turn-over permanent du personnel soignant, l'hôpital est en sous-effectif (25). Il manque de lits, de moyens, de maternités et de professionnels de santé. Ceci est en partie dû un manque d'attractivité de l'île en raison de conditions de travail difficiles, de l'insécurité et une situation sociale dégradée (8, 9). Mayotte est le département le plus déserté par les médecins avec 94 médecins pour 100 000 habitants (8). En conséquent, une politique de fidélisation est mise en place, c'est-à-dire des titularisations plus rapide qu'en métropole, une majoration de 40% sur le salaire brut, prise en charge du billet d'avion à l'arrivée, logements de fonction pour les médecins...(9). De plus, le recrutement de médecins formés en dehors de l'Union Européenne est autorisé (24).

II. Méthodologie

1) Problématisation

Les sages-femmes métropolitaines allant travailler à Mayotte doivent faire face à un contexte socio-économique particulièrement défavorable et accompagner des femmes ayant une culture très différente de la leur. D'autre part, il leur est demandé une autonomie importante au sein de ces maternités périphériques. Nous pouvons donc nous interroger sur le vécu de leur reprise d'activité en France métropolitaine et par conséquent, nous poser la question suivante :

« Quelles sont les répercussions identifiées sur les pratiques professionnelles des sages-femmes en France métropolitaine, après avoir exercé leur profession dans une maternité périphérique à Mayotte ? »

L'objectif de cette étude est ainsi d'analyser l'impact sur les pratiques professionnelles des sages-femmes ayant travaillé dans une maternité périphérique à Mayotte. Suite à cela, nous pouvons établir les 3 hypothèses ci-dessous :

- Un développement de la pratique professionnelle : amélioration du sens clinique, prise de confiance en soi et perfectionnement des gestes techniques.
- Un sentiment de frustration face à la réduction du champ de compétences.
- Une meilleure adaptation dans la prise en charge des patientes de cultures différentes.

2) Type d'étude

Le choix s'est porté sur une étude qualitative rétrospective basée sur des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien permet d'avoir recours à une grille d'entretien préalablement établie, tout en laissant une liberté d'expression pour la personne interrogée. Ce qui est un critère essentiel de l'enquête.

3) Choix de la population

Afin de mener cette étude, 3 critères d'inclusion sont établis pour constituer notre population. Tout d'abord, les sages-femmes interrogées doivent avoir fait leurs études en France métropolitaine, dans l'intérêt d'avoir une population ayant une formation similaire, et habituée aux pratiques présentes en France métropolitaine. Dans un second temps, elles doivent avoir exercé leur profession dans une maternité périphérique à Mayotte, pendant une durée supérieure ou égale à 1 an. En effet, c'est une durée qui semble nécessaire pour pouvoir s'approprier une pratique professionnelle spécifique à cette île, tout en s'adaptant à la population présente. D'autant plus, les sages-femmes exerçant à Mayotte sont principalement de jeunes diplômées, donc possédant peu d'expérience et ce fait encore peu expérimentées. Pour finir, ces sages-femmes doivent avoir travaillé à leur retour en France métropolitaine, pendant une durée supérieure ou égale à 1 an, afin qu'elles aient le temps de se réapproprier une pratique professionnelle propre à la France métropolitaine et s'adapter à un nouveau lieu de travail.

De plus, un critère d'exclusion a été retenu. Afin de limiter le biais de mémorisation, les sages-femmes étant revenues en France métropolitaine, depuis plus de 10 ans, n'ont pas la possibilité de participer à cette étude.

4) Constitution de l'échantillon

Afin de constituer l'échantillon, les réseaux sociaux ont été privilégiés. Pour cela, une publication résumant les modalités de l'étude a été postée sur des groupes réunissant des sages-femmes françaises. Certaines sages-femmes se sont portées volontaires. Ainsi, faisant suite un échange par message ou par appel téléphonique, qui permettait de réitérer les modalités de l'entretien et s'assurer du respect des critères d'inclusion. Grâce à cette méthode, 16 entretiens ont pu être réalisés.

5) Modalités de l'enquête

Les entretiens se sont déroulés d'août 2020 à novembre 2020. Etant donné le contexte sanitaire et le lieu de résidence des sages-femmes interrogées, les entretiens se sont réalisés par appel téléphonique avec ou sans caméra, en fonction des possibilités de connexion et des souhaits de chacun. De plus, les entretiens ont été enregistrés, après accord des personnes interrogées, à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone portable. Le contenu a été retranscrit

(annexe III) et analysé tout en préservant l'anonymat des participantes. La durée moyenne des entretiens est de 41 minutes.

Afin de mener cette étude, une grille d'entretien a été créée (annexe I). En vue de tester sa pertinence, un entretien d'exploration non comptabilisé dans l'étude a été réalisé. Suite à cela, la grille d'entretien a pu être validée pour mener l'enquête. Toutefois, afin de mieux structurer l'entretien, il a été décidé d'exposer les grandes parties de l'entretien succinctement aux sages-femmes interrogées, au début de l'appel téléphonique, avant de débiter l'échange. De plus lors de cet entretien d'exploration, un problème technique a empêché l'enregistrement, ce qui a été résolu avant la réalisation des entretiens comptabilisés dans l'étude.

III. Résultats obtenus au cours de l'enquête

1) Présentation générale des sages-femmes interrogées

Au sein de notre échantillon, la moyenne d'âge s'élève à 33 ans. Les sages-femmes interrogées ont réalisé leurs études à Toulouse, Rennes, Dijon, Caen, Tour, Bourg-en-Bresse, Toulon, Lille, Montpellier et Paris.

11 sages-femmes (A, B, C, D, E, F, G, H, K, L et O) ont exercé en France métropolitaine moins d'une année avant leur départ à Mayotte parmi lesquelles 8 d'entre elles (A, C, D, E, F, G, L et O) sont de suite parties à Mayotte après l'obtention de leur diplôme. 3 sages-femmes (I, M et P) sont parties après avoir exercé 2 à 5 ans en France métropolitaine et 2 autres (J et N) après 8 ans d'expérience.

8 sages-femmes (A, B, C, D, E, H, L et O) ont exercé entre 1 an et 2 ans en maternité périphérique à Mayotte, 4 sages-femmes (F, G, I et K) entre 2 ans et 5 ans, 3 autres (J, M et N) entre 5 ans et 10 ans et pour finir la sage-femme P a exercé 18 ans à Mayotte.

Dans la population interrogée, 13 sages-femmes (B, C, D, E, F, G, H, I, K, L, M, O et P) ont fait le choix de travailler en milieu hospitalier après leur retour en France métropolitaine dans des maternités de niveau 1 à 3. Toutefois parmi ces 13 sages-femmes, l'une d'elle (P) réalise seulement des échographies de dépistage et des consultations prénatales. 2 sages-femmes (A et N) exercent en maison de naissance et une autre sage-femme (J) pratique l'échographie en libéral.

2) Les conditions de travail au sein des maternités périphériques

A) Les différents types de professionnels

Toutes les sages-femmes interrogées déclarent avoir travaillé avec des aides-soignantes, des auxiliaires de puériculture et des Agents de Services Hospitaliers (ASH). Aucun médecin n'était présent au sein de la maternité périphérique, toutefois un médecin généraliste était de garde dans le dispensaire médical situé à proximité de la maternité. Cependant, n'étant pas spécialisé en gynécologie-obstétrique, les sages-femmes le sollicitaient très rarement.

Sage-femme A : « Non, il n'y avait pas de médecin au dispensaire. En fait, le dispensaire est divisé en deux, donc tu as le dispensaire et la maternité. Dans la maternité, tu as des sages-femmes, des AS et des ASH. [...]. Et du coup dans le dispensaire, tu avais des médecins généralistes fin tu en avais qu'un. Et du coup, toi tu pouvais demander au médecin de venir t'aider si tu avais une réa maternelle mais ce n'est jamais arrivé. Et donc, tu pouvais appeler le médecin, si tu avais besoin d'une prescription ou si tu voulais, qu'il fasse un ECG mais c'est tout. [...]. Ce n'était pas des médecins obstétriciens. »

Sage-femme E : « Et après on avait dans le dispensaire de Kahani dans le bâtiment juste à côté, des médecins généralistes qui se transforment en médecins urgentistes. On pouvait appeler si on avait vraiment une urgence vitale mais la plupart du temps, ils étaient plus perdus que nous. »

Les **sages-femmes E et G** ajoutent également qu'un pédiatre venait deux fois par semaine pour réaliser les examens cliniques des nouveau-nés avant leur sortie de maternité : « Et on avait des pédiatres qui venaient deux fois par semaine pour faire les visites pédiatriques avec les examens cliniques. » (**Sage-femme E**). De plus, d'après les **sages-femmes G, H et M**, un gynécologue réalisait parfois des consultations au sein de la maternité : « On avait peut-être un gynéco qui consultait une à deux fois par semaine pour les grossesses pathos. » (**Sage-femme H**).

B) Les activités réalisées

Toutes les sages-femmes exerçaient en suites de couches, au bloc obstétrical et organisaient les transferts jusqu'à la maternité de Mamoudzou. Au bloc obstétrical, elles prenaient en charge les accouchements, les urgences obstétriques et gynécologiques ainsi que certains suivis de grossesse pathologique. Seules les **sages-femmes A, I, K, N et O** ont réalisé des consultations prénatales. Les **sages-femmes E et O** indiquent que le suivi de grossesse se faisait principalement aux urgences obstétricales en raison du manque de disponibilité des consultations prénatales : « Du coup à Mayotte, je faisais de la salle d'accouchement, des suites de couches. En salle d'accouchement, on faisait quand même beaucoup de consultations de grossesse et d'urgence parce que les femmes étaient assez peu suivies et du coup c'était vraiment fréquent qu'elles viennent juste pour faire du suivi de grossesse parce qu'elles n'avaient pas de place ailleurs parfois pour des pathologies assez importantes. [...]. J'ai fait deux journées de consultations prénatales mais voilà en soit, je n'en faisais pas mais c'est comme si j'en faisais un peu. Je considère que j'en ai fait énormément, plus qu'en métropole (rires). » (**Sage-femme O**).

Aux urgences obstétriques et gynécologiques, les sages-femmes devaient réaliser les échographies pour dater la grossesse, faire des biométries, quantifier le liquide amniotique, repérer la présentation et dépister les fausses-couches ainsi que les grossesses extra-utérines.

Sage-femme K : « *On faisait un peu d'échographie mais on n'était pas formé donc c'était principalement des échographies d'urgence, quand il y avait des dames qui n'étaient pas suivies du tout et qui arrivaient à terme. On essayait d'estimer le bébé en faisant les mesures principales et puis sinon on faisait beaucoup d'échographie gynéco. On suivait toutes les femmes qui faisaient des fausses-couches donc on fait des échographies de métrorragies du premier trimestre et le suivi des fausses-couches avec tout ce qui était vacuité utérine. On pouvait faire aussi les échos de col, quand les patientes arrivaient et qu'elles avaient des contractions.* »

Sage-femme L : « *[...], on avait un appareil d'écho mais bon vu qu'on avait juste la formation initiale ça restait des échos de présentation, liquide, activité cardiaque pour la gynéco. [...], celles qui étaient en tout début de grossesse pour des métrorragies, voir s'il n'y avait pas une GEU par exemple.* »

C) Les caractéristiques des femmes enceintes

→ Le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique est un élément abordé par les **sages-femmes A, B, C, D, E, G, H, I, J, K, N, O et P**. En raison d'un flux migratoire important en provenance des Comores, la précarité y est très importante.

Sage-femme C : « *[...], il y a beaucoup d'immigration [...]. Dans la majorité des cas, elles sont pauvres. Elles arrivent comme elles sont, elles n'ont pas de valise, fin c'est sûr que c'est pauvre. C'est vrai que c'est choquant mais après ce sont des gens qui n'ont besoin de rien, elles ne se rendent pas compte qu'elles sont pauvres.*

Sage-femme E : « *Pauvreté énorme, la majorité des femmes qu'on accouche sont des comoriennes et des Malgaches donc elles viennent des Comores, de Madagascar et d'Afrique aussi.* »

Selon les **sages-femmes F, H, I, K, L, O et P**, il s'agit principalement de grandes multipares : « *C'était des grandes multipares, la moyenne était entre 8 et 10 bébés.* » (**Sage-femme I**). Les **sages-femmes H et L** ajoutent notamment que le nombre de grossesses chez les jeunes filles mineures est important : « *Après la population, [...], autant on avait des familles installées depuis longtemps, autant des comoriennes en situations irrégulières, autant des mineures, de très jeunes mineures ou des plus âgées qui avaient 12 enfants qui venaient accoucher.* » (**Sage-femme H**)

→ Le suivi de la grossesse

Les **sages-femmes A, C, D, I, M et N** relatent également le manque de suivi durant la grossesse. En effet, les femmes consultent très peu, ce qui entraîne parfois des retards de prise en charge sur certaines pathologies. La cause serait due aux difficultés d'accès aux soins pour les femmes en situation irrégulière et à leur culture.

Sage-femme A : « *Et après surtout, elles n'étaient pas forcément suivies, déjà d'un côté beaucoup n'ont pas de sécurité sociale donc elles ne peuvent pas se faire suivre, et d'un autre côté, il n'y a pas assez de professionnels de santé. Et autre chose, ce n'est pas forcément dans leur culture de se faire suivre, elles ont une grande confiance au fait que tout aille bien, si vraiment ça va, elles ne se font pas suivre autant que chez nous. Il n'y a pas de prise de tête avec la préparation à la naissance, ça c'est vraiment superflu, déjà que tu as du mal à les suivre en consultation. En fait, c'est naturel d'être enceinte donc ça va bien se passer. A moins qu'elles aient déjà eu des soucis de santé à cause de leurs antécédents sur un ancien enfant mais sinon la majorité des femmes, elles tombent enceintes, pour elles, elles vont bien, ça allait déjà bien avant donc tout ira bien jusqu'au bout.* »

Sage-femme M : « *Il n'y a pas d'AME à Mayotte donc ils sont censés payer leurs soins, ce qui est rarement le cas. Donc difficultés d'accès aux soins, des consultations tardives, elles ne consultent pas pour rien, fin pour rien, elles vont consulter pour une pathologie bien installée donc toujours des consultations bien plus tardives. Et de toute façon, c'est plus culturel aussi, peu de consultations en début de grossesse, elles attendent souvent d'être à 4mois pour révéler leur grossesse et du coup avant elles ne consultent pas.* »

De plus, les **sages-femmes B, F, H et N** mentionnent que beaucoup de femmes ne souhaitent pas accoucher à Mamoudzou par peur de subir une césarienne. Elles se présentent parfois à la maternité périphérique pour accoucher malgré leur grossesse à risque : « *Après comment dire, elles n'aimaient pas trop aller à Mamoudzou parce que pour elles, c'était vite synonyme de césarienne. Et du coup, même si elles se faisaient suivre, qu'elles avaient cette notion qu'il faut faire suivre une grossesse, elles arrivaient... Genre un utérus cicatriciel, on n'était pas censé les accoucher chez nous par exemple, mais des fois, elles faisaient en sorte d'arriver tellement tard que tu n'avais pas le temps de les transférer* » (**Sage-femme F**).

→ L'accompagnement des femmes enceintes

D'après les **sages-femmes A, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M et O**, il y a beaucoup d'entraide entre les femmes, c'est une société matriarcale. Les patientes sont toujours accompagnées lors de l'accouchement par un membre de leur entourage. C'est généralement une femme ayant déjà eu plusieurs enfants, elles sont très impliquées dans l'accompagnement

de la femme enceinte. Contrairement à la France métropolitaine, le père de l'enfant n'est jamais présent : « *Les pères ne sont quasiment jamais là à l'accouchement. Les patientes sont souvent accompagnées, en général c'est leur grand-mère, la tradition ce n'est même pas leur mère, c'est leur grand-mère qui est là, les cocos qu'on appelle. Ce sont elles qui accompagnent, qui font les massages, qui font parfois des tisanes de plantes. [...]. C'est très rare qu'elles soient seules, il y a quand même une très grosse entraide entre les femmes et elles ne laisseront pas partir une femme à la maternité seule.* » (**Sage-femme M**). Toutefois, selon les **sages-femmes B et G**, le placenta est remis au père afin qu'il puisse l'enterrer dans le jardin : « *Après dans la pratique au quotidien, c'est donner le placenta au père pour qu'il le plante dans le jardin.* » (**Sage-femme B**).

→ La gestion de la douleur

Les **sages-femmes A, B, C, D, E, F, G, I, K, L, M, O et P** précisent que les femmes enceintes n'ont pas de péridurale pendant le travail, seuls la nalbuphine et le protoxyde d'azote pouvaient être utilisés. Toutefois, elles gèrent très bien la douleur, elles se mobilisent pour accélérer le travail : « *Étonnamment, elles géraient hyper bien, elles ont des travaux assez rapides quand même. [...]. D'un point de vue antalgique, on utilisait le Nubain® là-bas et le Méopa®. Elles géraient plutôt pas mal avec la personne qui les accompagnait, [...]. Et elles ne voulaient pas rester, en fait quand on leur disait, bah il y a encore autant de temps à attendre [...]. Parfois, elles ne voulaient pas de monito, hop je t'enlève le monito et je vais marcher. Elles vont marcher, elles vont marcher et hop elles reviennent à dilatation complète et elles poussent.* » (**Sage-femme L**).

De plus les **sages-femmes I et P** ajoutent que dans la culture mahoraise, la douleur est peu exprimée, en conséquent les femmes enceintes se plaignent très peu : « *Pour l'accouchement, elles sont hyper fortes, que ce soit les jeunes de 15 ans ou les grandes multipares. Elles ont toujours la trouille d'accoucher mais elles assument, elles n'avaient pas de péri. Mais elles le savaient et elles supportaient les contractions, elles étaient courageuses. Elles accouchaient relativement bien et rapidement. [...]. Les accompagnantes supervisaient beaucoup pendant le travail et elles avaient interdiction de crier. Il faut qu'elles prennent sur elle et il ne fallait absolument pas faire de bruit pendant les contractions.* » (**Sage-femme D**).

→ La barrière de la langue

La barrière de la langue est aussi un élément soulevé, par les **sages-femmes A, B, C, E, F, I, J, L, N et O**. D'après les **sages-femmes A et I**, les auxiliaires de puériculture sont très impliquées pour assurer la traduction entre les sages-femmes et les patientes : « *C'est vrai qu'on ne se comprenait pas du tout. Donc à force de parler un petit peu, tu apprends deux trois mots en shimaore mais pas de quoi faire une phrase. C'est une syntaxe qui est complètement différente par rapport au français donc c'est compliqué. Par exemple, on travaillait toujours en binôme avec une auxiliaire qui était locale et du coup qui parlait shimaore et elles se comprenaient donc c'est sûr qu'on travaillait toujours à deux. Nos auxiliaires étaient notre second bras droit.* » (**Sage-femme I**). Toutefois selon les **sages-femmes B et N**, la traduction n'était pas toujours exacte en raison d'un conflit entre les mahorais et les comoriens.

Sage-femme B : « *Ce qui était aussi très perturbant, c'était la barrière de la langue. Très peu de patientes parlaient français donc tu passes par l'interprétariat et qui se fait grâce aux auxiliaires si elles veulent bien traduire. Et c'est ça que tu apprends, c'est qu'il y a un gros conflit entre mahorais et comoriens donc elles traduisent un petit peu comme ça les arrange, vu que les auxiliaires ne veulent pas des comoriens. Et du coup, quand elles voient venir des comoriennes enceintes qui n'ont pas de dossier, pas d'écho, pas de pièce d'identité à présenter. Donc elles-mêmes, elles sont un peu exténuées quand la patiente décrit son parcours ou autre. Tu te demandes si tout est bien traduit.* »

Sage-femme N : « *Les auxi nous aident à traduire mais le problème, c'est que la traduction n'était pas forcément très fiable. Je me suis retrouvée une fois avec une patiente, à qui j'ai fait une délivrance artificielle parce que son placenta ne venait pas et que la transférer c'était compliqué. Je pense que l'auxi a traduit de façon très succincte et du coup, je crois que la femme a vraiment cru que je voulais la tuer. C'est quelque chose qui est très difficile pour moi et très bouleversant de faire du mal à quelqu'un.* »

→ La religion

Les **sages-femmes B, F, J, L et P** mentionnent également que la religion avait une place centrale dans la vie des femmes et notamment dans le deuil périnatal.

Sage-femme F : « *Je me rappelle pas mal de la période du Ramadan, c'était vraiment une période où le moment où ils cassaient le jeûne, tu te retrouvais toute seule parce que les aides-soignantes allaient casser le jeûne, le papa autant te dire qu'il cassait le jeûne aussi, la famille ça les embêtait que la dame accouche à ce moment-là (rires). Un truc culturel où nous, on est en mode l'urgence prime et là-bas, c'était tellement important ce moment. Donc même si tu avais un transfert à faire, il fallait calculer que ça ne tombe pas sur le cassage du jeûne. Donc toi, tu étais en mode urgence et esprit médical, fin voilà tu t'adaptes. »*

Sage-femme P : « *Après c'est une culture musulmane et très croyante avec cette vision complètement différente de notre culture par rapport à la mort d'un enfant, d'une mort fœtale. Ce n'est pas du tout le même rapport après on apprend à connaître. Au départ, ça peut être un peu déstabilisant mais c'est leur manière. [...]. Elles ne l'expriment pas en fait, il n'y a pas grand-chose qui apparaît sur leur visage ou peu. Ça n'empêche pas qu'elles soient tristes mais elles ne le montrent pas et le deuil est fait un peu plus facilement dans le sens, parce qu'elles sont croyantes, c'est dieu qui l'a voulu donc c'est plus facilement accepté. Après elles sont quand même très entourées, c'est une culture très matriarcale, elles vivent en famille donc elles sont très entourées. Il y a ce côté-là qui est plus facile. »*

De plus, les **sages-femmes B et H** ajoutent que la polygamie est une pratique encore courante à Mayotte : « *Et il y avait la polygamie qui existait parce qu'elle a été interdite en 83, je crois. Et du coup, les femmes disaient qu'en fait, avant c'était bien parce qu'elles étaient pour la polygamie parce qu'elles savaient où étaient leurs maris. Et depuis que la polygamie n'était plus officielle, les maris étaient toujours infidèles mais elles ne savaient plus avec qui ils étaient. »* (**Sage-femme H**).

→ Le lien mère-enfant

D'après la **sage-femme M**, le lien mère-enfant est présent, toutefois les femmes l'expriment différemment, ce ne sont pas grossesses aussi attendues qu'en métropole et de plus, elles ont beaucoup d'enfants : « *Après le lien mère-enfant, culturellement c'est différent de nous. Ce n'est pas une grossesse attendue depuis des années, elles ne vont pas faire qu'un enfant et ce n'est pas exprimé pareil. Après le lien mère-enfant il est là, il n'y a pas de doute. Mais c'est vrai qu'elles ne l'expriment pas de la même manière à la naissance. »*. La **sage-femme P** relate également que ces enfants ne sont pas élevés uniquement par les parents mais par tout l'entourage : « *Dans la culture mahoraise, ce n'est pas son enfant, c'est l'enfant de la société. [...], tout le monde s'en occupe. »*

D'après les **sages-femmes G, I, J, M, N et P**, la majorité des femmes ne souhaitent pas faire de peau à peau à la naissance, elles préfèrent que leur nouveau-né soit habillé avant de l'avoir sur elle : « *Le peau à peau, elles trouvent ça sale, donc il faut vite les sécher, les mettre*

au propre et les habiller. Et une fois habillé, ils sont contre leur mère, voilà. Après elles ont tendance à dormir avec leur bébé, le berceau, c'était un porte bagage (rires). » (**Sage-femme D**).

En effet, la **sage-femme J** est interpellée par le peu d'attachement avec l'enfant à la naissance, toutefois elle l'interprète comme une manière de se préserver vis-à-vis de la mort périnatale : « *Voilà et après ce qui m'a choqué au tout début, c'est le peu d'attachement qu'il y a à l'enfant. C'est-à-dire que quand la femme a accouché, elle est épuisée et donc en fait le bébé, ce n'est pas qu'elle n'en a rien à faire mais voilà, ce n'est pas sa priorité. Et je pense que c'est aussi une manière de se protéger des morts périnatales en fait, tu vois de ne pas trop s'attacher. Je ne sais pas, moi je l'ai interprété comme ça. Donc il n'y a pas cet attachement comme en métropole où l'enfant est très investi très tôt dès la conception.* ».

Toutefois, la **sage-femme M** précise que ce sont des accouchements sans péridurale donc les femmes sont fatiguées et de plus, le peau à peau est une pratique récente en France métropolitaine : « *Après des fois, elles ne veulent pas forcément l'avoir sur elle immédiatement, mais elles n'ont pas de péri aussi donc tu ne le vis pas pareil les accouchements avec et sans péri. [...]. Donc pas de péridurale, tu as quand même souffert pendant longtemps, tu as mal donc tu souffles un peu quand même. Mais pareil, nous le peau à peau, ça ne fait pas non plus 20ans qu'on le fait.* »

→ L'alimentation du nouveau-né

Concernant l'alimentation du nouveau-né, toutes les femmes allaitent, d'après **les sages-femmes B, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O et P**. Ce sont des allaitements qui se déroulent pour la plupart sans difficultés. En effet, dès le plus jeune âge, les jeunes filles sont habituées à voir les femmes allaiter leurs enfants, elles sont donc très autonomes dès le début de l'allaitement. Toutefois, certaines femmes peuvent être amenées à donner quelques biberons pour compléter l'allaitement maternel.

Sage-femme O : *Les femmes allaitaient beaucoup et assez facilement, quand on voit les femmes allaiter, ça saute aux yeux qu'elles ont déjà vu faire. Même une primipare qui est seule en suites de couches sait allaiter parce qu'elle a déjà vu. Elles savent dans quelle position les mettre et quand les mettre.* »

Sage-femme P : « *Après on me posait la question mais toutes les dames allaitent, c'est rare qu'elles nous disent qu'elles ne souhaitent pas allaiter. Et si elles ne veulent pas allaiter, c'est parce qu'elle a fait un séjour en métropole avant. Donc on ne se posait pas la question si elles allaitaient ou pas. Après elles font toutes des allaitements mixtes effectivement, mais elles allaitent toutes.* »

D) Les conditions de travail : matériel, locaux, effectif

→ Le matériel

D'après toutes les sages-femmes interrogées, les maternités périphériques sont bien équipées au niveau matériel : « *Alors au niveau matériel, on avait vraiment tout ! Parce que j'avais très peur qu'on n'ait pas tout mais nan, il y avait tout.* » (**Sage-femme D**). Toutefois, les **sages-femmes A, B, K, L et P** ajoutent qu'il pouvait y avoir quelques pénuries durant les périodes de grève : « *Mais sinon au niveau matériel, on avait quasiment presque tout ce qu'il fallait, à part quand il y avait des grèves et que le port ne nous approvisionnait pas. Mais en gros, c'était le matériel qu'on avait en France, on avait tout ce qu'il fallait en produit, Ringer®, en médicament aussi.* » (**Sage-femme K**). Pour la **sage-femme O**, l'ambulance mise à disposition afin de réaliser les transferts n'était pas adaptée pour cette fonction : « *L'ambulance de transfert était très vétuste, c'était vraiment inadapté, il n'y avait pas d'aspiration branchée donc si tu devais aspirer un bébé dans l'ambulance, c'était compliqué. Les femmes étaient installées sur les tables, ça bougeait beaucoup trop et c'était très désagréable pour elles. Je trouve que c'était des mauvaises conditions de transfert pour le coup.* »

→ Les locaux

Selon les **sages-femmes B, F, I, M, N, O et P**, les locaux étaient récents et bien agencés : « *Les locaux étaient top, la maternité était assez récente.* » (**Sage-femme N**). Cependant, selon les **sages-femmes A et O**, les locaux n'étaient pas adaptés au nombre de patientes reçu, les chambres n'étaient pas assez nombreuses : « *Le problème, c'est que les hôpitaux en France sont créés en fonction du nombre de personnes affiliées à la sécurité sociale. Et à Mayotte, ils ont gardé cette logique sauf qu'il y a presque la moitié de la population qui n'est pas affiliée. Donc les structures ne sont pas faites pour le nombre de personnes à Mayotte, surtout que de plus, elles ont beaucoup d'enfants. Donc si tu veux, c'est déjà petit pour le nombre d'enfants et en plus de ça, elles ont beaucoup d'enfants.* » (**Sage-femme A**).

→ L'effectif

D'après les **sages-femmes D, F, I, K, L et N**, l'effectif des professionnels de santé au sein de la maternité est correct excepté durant les transferts de nuit où la sage-femme se retrouvait seule à gérer la maternité : « *Au niveau du nombre de sages-femmes, oui ça va, les effectifs avec*

3 sages-femmes la journée ça se fait, même 2 la nuit ça se fait aussi (rires). Après ça dépend sur ce que tu tombes aussi, parce que souvent les patientes ne veulent pas accoucher à Mamoudzou alors qu'elles doivent parce qu'elles ont certains critères qui font qu'elles ne peuvent pas accoucher chez nous. Et la plupart du temps, elles viennent chez nous donc on est obligé de la transférer si on a le temps. Donc c'est ça le plus stressant, c'est quand soit toi ou une collègue s'en va la nuit, parce que tu accompagnes la patiente quand il y a un risque qu'elle accouche, donc tu vas avec les ambulanciers. Du coup, l'autre se retrouve toute seule à gérer pendant plus d'une heure, parce qu'il faut 40 minutes pour aller, puis il faut revenir donc tu dois gérer le dispensaire toute seule. » (Sage-femme D).

Toutefois, les **sages-femmes G, M et P** évoquent un renouvellement constant des postes de sages-femmes sur Mayotte. Ainsi durant certaines périodes le nombre de sages-femmes pouvait être insuffisant sur l'île : *« Au niveau effectif, ils ont quand même du mal à recruter à Mayotte et je pense que c'est encore pire cette année. Du coup voilà, selon la vague de départ, la vague d'arrivée, on avait quand même des mois à 14 gardes et la fatigue qui s'accumulait. » (Sage-femme G).* De plus, selon la **sage-femme O**, l'effectif des sages-femmes était insuffisant : *« Alors au niveau des effectifs, je pense qu'on était en nombre insuffisant en salle d'accouchement parce qu'on faisait 1000 accouchements par an à [nom ville (1)], en moyenne, avec en plus une sage-femme avec énormément de consultations autour et beaucoup de transferts à gérer. On considérait que toutes les femmes qui arrivaient en travail, on en envoyait une sur deux à Mamoudzou donc c'était quand même du travail parce qu'il fallait vérifier leur dossier, faire les bilans et les transférer donc ça prenait pratiquement autant de temps que de réaliser un accouchement. Et avec les consultations d'urgence, on voyait entre 15 et 20 personnes par jour. Donc pour moi, on était clairement en sous-effectif, je n'ai jamais travaillé de manière aussi intense en métropole. ».*

Les **sages-femmes A, C et G** ont également spécifié qu'il y avait une perte de chance pour les patientes dans certaines situations d'urgence en raison de l'absence de médecin et la durée de transfert pour se rendre à la maternité de Mamoudzou : *« Après forcément, le fait qu'il n'y ait pas de médecin fait qu'il y avait une perte de chance parfois pour les patientes parce que s'il fallait une césar code rouge, il fallait prendre l'ambulance. » (Sage-femme G).*

E) La pratique professionnelle

D'après les **sages-femmes A, C, E, F, H, J, N, O et P**, la pratique professionnelle est différente à Mayotte en raison d'une autonomie plus importante (**Sages-Femmes A, F, J et P**),

des accouchements physiologiques sans péridurale (**Sages-Femmes A, F, J, N, O et P**), un sens clinique plus conséquent (**Sage-Femme A**), davantage d'anticipation (**Sage-Femme A**), moins de protocole (**Sage-Femme C**) et une culture différente (**Sage-Femme N**).

Sage-femme J : « Je ne pense pas parce que du coup, il y a des choses qu'on ne gérait pas du tout comme la péridurale. Et je pense qu'on avait vraiment, fin c'était l'avantage et l'inconvénient, c'est qu'on avait vraiment une pratique globale donc on prenait des femmes en charge qu'on n'aurait pas pris en charge sous notre responsabilité en métropole parce qu'on n'avait pas le gynéco à côté. Donc là, tu décides si tu transfères ou pas. Il y a des pathologies où tu ne te poses pas la question et il y en a d'autres, quand c'est limite, tu te poses la question : Est-ce que je transfère ? Est-ce qu'on a le temps d'aller à Mamoudzou ? Finalement, est-ce que c'est plus confortable de garder la dame chez moi où elle est quand même dans une structure hospitalière parce que si jamais il arrive quelque pendant la route, comment ça se passe ? Donc oui, il y a des fois, on n'était pas dans l'illégalité mais tu vois tout ce qui était grossesse patho, c'était la sage-femme qui faisait parce qu'il n'y avait pas de gynéco. Donc il y a des trucs où ce n'était pas à nous de faire ce type de consultation, après on demandait un avis bien-sûr, on ne validait pas les médicaments comme ça. Globalement, on en faisait quand même un petit peu plus. On faisait les ventouses. On avait une dérogation pour faire les ventouses Kiwi® dans des contextes bien précis. Donc je pense, on avait une autonomie, une liberté un peu plus importante que ce qu'on pourrait avoir en métropole et avec justement, une place cruciale et prépondérante qui était reconnue par tout le monde. Parce que sans les sages-femmes à Mayotte, il n'y a plus rien qui fonctionne. »

Sage-femme N : « Déjà dans les maternités périphériques, il n'y a pas de péri (rires). Après la physiologie, ce n'est pas forcément évident parce que les femmes ont vraiment l'idée d'aller s'allonger pour accoucher donc pour les faire changer, c'est compliqué. Après si, par contre tu mets vachement moins de monito, tu es quand même plus confiante, parce que forcément quand tu arrives d'une maternité où tu as 80% des femmes qui ont une péri avec des monitos en continu, là il faut un peu oublier les monitos sur une femme qui a besoin de bouger, de marcher. Après la pratique du peau à peau, de l'accueil du bébé, moi je trouvais que c'était plus dur en fait, moins pris en compte. Donc j'ai essayé de l'instaurer dans la pratique mais il faut aussi respecter la culture. [...] et donc là tous les bébés sont vaccinés contre l'hépatite B à la naissance, tu vois. [...], fin ma pratique ne peut pas être, comme elle est en métropole et comme elle était en métropole. »

Pour les **sages-femmes B, D, I, K, L et M**, la pratique est similaire mais elles relèvent tout de même un besoin d'anticipation plus important (**Sages-Femmes B, I et K**), une autonomie plus importante (**Sages-Femmes D, I, L et M**), des accouchements plus physiologiques (**Sages-Femmes B et I**), des compétences plus élargies (**Sages-Femmes B et M**) et moins de protocoles (**Sage-Femme I**).

Sage-femme D : « *Je n'avais pas travaillé en France métropolitaine avant. J'étais stressée, effectivement qu'il n'y ait pas de médecin mais au final, la majorité des accouchements se passaient bien, on s'en rend compte. Donc non, la pratique en soi, non, l'accouchement ça reste un accouchement, mais c'est moins protocolisé. Tu es beaucoup plus autonome. J'étais étudiante avant et je suis passée directement à Mayotte, oui tu vois la différence ! Mais oui effectivement, tu as beaucoup d'autonomie, tu prends les décisions. Après on appelle les médecins mais dans notre tête, on sait déjà en fait, c'est nous qui allons décider si on transfère ou pas la dame. Donc après on les appelle pour qu'ils nous confirment, mais oui on est beaucoup plus autonome qu'en métropole. »*

Sage-femme I : « *En soi, l'art de l'accouchement reste le même, on ne peut pas révolutionner les choses. Or, on faisait avec le strict minimum, vu qu'elles n'ont pas de péri, il y avait quand même moins de problèmes et moins de dystocies, de stagnations, de je ne pousse pas. Au bout de 10 minutes après l'accouchement, elles se levaient, elles allaient prendre une douche. Donc en fait, elles étaient quand même assez autonomes. Et vu qu'elles n'avaient pas de péri, toi tu n'examinais pas toutes les heures. Tu le faisais à la tête de la dame. [...]. Le fait qu'il n'y ait pas de gynéco sur place, on était obligé de prendre des décisions, anticipation à fond. On avait tous des critères de transfert vers Mamoudzou et puis fallait avoir quatre bras et deux cerveaux (rires). Ça t'apporte énormément de logique. Appeler Mamoudzou, appeler l'ambulance, préparer la table, perfuser, faire les papiers, le bilan. Tout ça en dix minutes, parce que l'ambulance t'attend au bas de la porte. C'est vrai qu'on avait une grande autonomie. Sur le transfert, on se disait toujours est-ce que je la transfère ? Est-ce que ça va passer ? Tu es à 8 cm, est-ce que tu prends le risque de l'accoucher sur le bord de la route ? »*

En revanche pour la **sage-femme G**, sa pratique est similaire à la France métropolitaine : « *En soi les protocoles, après ils n'étaient pas très bien fait mais ce n'était pas si loin de ceux de la métropole. Ça va de ce côté-là. »*

De plus, certaines sages-femmes déclarent avoir des compétences supplémentaires. D'après les **sages-femmes A, C et O**, l'autonomie est beaucoup plus importante. En effet, toutes les sages-femmes avaient la possibilité de poser des ventouses Kiwi® et des Bakri® lors des hémorragies de la délivrance, exceptée la **sage-femme H** qui a exercé à Mayotte avant que cela soit autorisé. Les sages-femmes pouvaient pratiquer les échographies (**Sages-Femmes D, I, K, L**), elles avaient une plus grande liberté de prescription (**Sages-Femmes C, J et M**) avec des conduites à tenir seulement par téléphone pour le suivi des grossesses pathologiques (**Sages-Femmes O et P**) et la prise en charge des urgences gynécologiques (**Sages-Femmes G et P**).

Sage-femme D : « *L'échographie parce qu'en métropole c'est quand même rare de faire des échos quand tu n'as pas de diplôme. Même si avec le diplôme de sage-femme, on est censé avoir les bases mais en pratique quand tu arrives de suite, non tu n'as aucune base. Tu apprends sur le tas et au final à la fin, tu te débrouilles plutôt pas mal. »*

Sage-femme K : « *Ah ! Oui oui. Du coup, on a été formé à poser des ventouses et à poser des Bakri®. Donc moi ça m'est arrivée de poser deux ventouses mais on avait le droit de poser les ventouses qu'au grand couronnement. On n'avait pas le droit de faire des ventouses d'engagement, par exemple. Et c'était que des ventouses Kiwi®. Par exemple, on gérait aussi des patientes avec des vomissements gravidiques, donc ça c'est nous qui gérons seules. Et puis, on faisait les sorties de césarienne parce qu'il y avait des femmes qui avaient une césarienne et revenaient chez nous en dispensaire. Du coup, c'est nous qui faisons les sorties alors que normalement, c'est le gynéco qui fait. Tout ce qui était échographies aussi, on n'était pas forcément formé aussi et on devait se débrouiller comme on pouvait. »*

En conséquent, les **sages-femmes B, C, E et N** ont eu le sentiment de dépasser parfois leur champ de compétences sur certaines situations, notamment les situations d'urgences obstétriques et gynécologiques (**Sages-Femmes A, C, F, I, L, M, N, O et P**), les gestes techniques (**Sages-Femmes B, I et O**), les échographies (**Sages-Femmes A, B et D**), le suivi des grossesses pathologiques (**Sages-Femmes J et N**), l'annonce de morts fœtales (**Sage-Femme N**) et certaines prescriptions médicamenteuses (**Sage-Femme N**).

Sage-femme B : « *Complètement ! Nan mais voilà (rires), poser une ventouse, faire des révisions utérines, faire des manœuvres de Jacquemier, fin tout ça, c'est un peu à la limite finalement. Parce que la révision utérine, on est autorisé à le faire dans la limite où tout va bien, quand il n'y a pas de saignement. Mais si elles saignent un litre... fin c'est toujours un peu borderline je trouve. Après de là, à dépasser le champ de compétences, je n'aurais pas fait une césarienne non plus, fin voilà. Mais c'est toujours un peu limite de se dire, bah là ventouse oui je la fais, mais en même temps en métropole on me dit que c'est du champ de compétences de la sage-femme mais jamais de la vie, je le ferai parce que si je le fais, le gynéco derrière va me dire, bah pourquoi tu ne m'as pas appelé. »*

Sage-femme C : « *Oui je pense, par exemple, quand tu as des grosses hémorragies parce qu'en fait tu prends des décisions seule alors qu'en France à peine que tu as une hémorragie, tu appelles le gynéco, tu appelles tous tes collègues, tu es 4 dans la chambre, ça va vite. À Mayotte, tu es quand même assez seule, même si tu as une collègue avec toi et pas de gynéco surtout. Donc oui, tu dépasses un peu tes compétences. »*

Cependant les **sages-femmes I et M** précisent que ce ne sont pas des compétences interdites dans la profession de sage-femme mais elles sont très rarement réalisées en France métropolitaine : « *Est-ce qu'on dépassait vraiment nos compétences ? Je ne sais pas, parce que les compétences de la sage-femme sont assez larges, en fait. Je t'ai dit l'intubation, mais en fait, ça fait partie de nos champs d'action, l'intubation d'un nouveau-né. Mais c'est vrai qu'en*

métropole, tu n'as pas l'habitude de le faire. Gérer une hémorragie, faire une DARU, poser un Bakri®, ça c'est dans nos compétences. A Mayotte, on le faisait, en métropole on négociait avec le gynéco. » (Sage-femme I). De plus, les sages-femmes F et H expriment ne pas avoir eu le sentiment de dépasser leur champ de compétences : « Je ne crois pas. Je sais qu'il y a des collègues qui ont eu des accouchements compliqués avec des grandes extractions, des choses comme ça. Moi je n'ai jamais eu, fin je te dis j'ai eu des jumeaux qui sont passés super bien. Voilà je croyais beaucoup à la bonne étoile. Par contre exercer toutes les compétences, oui carrément ! Les DARU, on les faisait systématiquement, on était toute seule pour ça. Sur les dystocies des épaules, fallait le faire. » (Sage-femme H).

F) Les difficultés rencontrées

→ Les situations d'urgence

Les situations d'urgence représentent la plus grande part des difficultés. En effet, cela a été abordé par les sages-femmes A, B, C, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N et P. Ces urgences concernent des hémorragies de la délivrance, des dystocies des épaules, des réanimations néonatales, des hématomes rétro-placentaires, des transferts, des complications sur des grossesses extra-utérines, des fausses-couches hémorragiques et des éclampsies.

Sage-femme G : « Déjà les fausses couches, moi j'ai eu pas mal de fausses-couches hémorragiques. Fin la seule solution c'est le curetage, donc quand tu es en dispensaire, qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je mets du synto comme une HDD normale ? Bah nan. Ce n'est pas évident. Après toutes situations délicates, on appelait le SMUR et on attendait que le SMUR arrive. Et au début, je n'étais pas à l'aise sur le réa bébé parce que je sortais du diplôme et là il n'y a pas de pédiatre et puis après tu t'habitues maintenant ça ne me fait plus peur. »

Sage-femme H : « Voilà, la dystocie des épaules, tu pleures un peu tes nerfs. Il y a que toi pour le sortir. Des réanimations un peu compliquées et j'ai eu une procidence à transférer. Bon là c'est pareil tu pries pendant le transfert, tu n'as que ça à faire »

→ La pratique de l'échographie

Les sages-femmes M et O ajoutent également avoir eu des difficultés au début avec la pratique de l'échographie : « Tout ce qui était début de grossesse, j'avais du mal après on se forme et ça paraît après un peu plus facile mais oui les échos comment dire. En plus au départ quand j'y étais, on avait un minitel donc on ne voyait rien après on a eu du beau matériel. » (Sage-femme M).

→ L'annonce de mauvaises nouvelles

De plus, les **sages-femmes F et J** disent avoir eu des difficultés pour l'annonce des morts in utéro ou des fausses-couches car en raison de l'absence des médecins, ce sont les sages-femmes qui réalisent les annonces : *« Après ce qu'on pouvait avoir, c'était du diagnostic de mort in utéro parce que du coup la dame venait pour diminution des MAF et tu fais des échos. Et voilà, c'est pareil ça, soi-disant que tu n'es pas censé dire à la femme qu'il n'y a pas de cœur mais vu que c'est toi qui est là et qu'il faut 45 minutes pour envoyer la dame à Mamoudzou, tu ne vas pas lui dire qu'on l'envoie parce qu'il y a un souci, tu es obligé de dire ce qu'il passe. »* (**Sage-femme F**).

→ Les autres difficultés

<p>Accouchements à domicile</p>	<p>Sage-femme D et J</p>	<p><i>« Euh, j'ai eu une situation qui m'a marquée. C'est quand le SAMU m'avait appelée pour que j'aille avec l'ambulance à domicile parce qu'ils m'ont dit que la tête ne sortait pas, le reste du corps était sorti à part la tête et je ne savais rien d'autre. Je ne savais même pas à quel terme elle était (rires). Et du coup, on est parti dans les bangas donc ce sont des maisons en tôle. C'était la nuit, on était avec la lampe torche dans la boue et là tu arrives dans le banga et il y a tout le monde qui pleure et on nous dit que c'est par là. Donc tu rentres et en fait ce bébé n'était pas du tout à terme, il était mort sauf que la tête restait coincée. Donc tu voyais qu'il y avait des traces comme si qu'ils avaient essayé de tirer. Mais voilà, c'était un petit peu difficile. Mais c'était une grossesse non suivie donc on n'a pas pu savoir à quel terme elle était, mais elle devait être à 20 semaines à peu près. Du coup, on l'a ramenée au dispensaire parce qu'on n'avait toujours pas sorti la tête. Le SAMU était arrivé donc ils l'ont endormi pour qu'on puisse tout retirer. Ce n'était pas un moment très sympa. »</i> (Sage-femme D)</p>
<p>Savoir quand transférer</p>	<p>Sage-femme F et P</p>	<p><i>« Après oui j'ai déjà accouché un 5,2 kg à Mayotte où la femme est venue donc fallait se dire est-ce que je l'accouche tranquillement chez moi avec ma collègue et mon matériel ou est-ce que je la mets sur l'ambulance et je prends le risque de l'accoucher dans l'ambulance ? Parce qu'il y a ça aussi, accoucher le 5,2 kg dans l'ambulance, ce n'était pas le mieux (rires). »</i> (Sage-femme F)</p>

		<p>« Ah oui, il y a certaines situations quand il y a des anomalies du rythme, on se pose des questions, quand on est à 9 cm, est-ce qu'on part ? Est-ce qu'on ne part pas ? Oui il y a des moments qui sont un peu difficiles parce qu'on est un peu toute seule. Voilà donc, la question est est-ce qu'on transfère ? Est-ce qu'on ne transfère pas ? Voilà pour pas avoir une réanimation dans un camion parce qu'on ne fera rien dans un camion. » (Sage-femme P)</p>
<p>Sentiment d'impuissance face aux conditions socio-économiques</p>	<p>Sage-femme A</p>	<p>« Oui tu te sens un peu impuissante face au contexte socio-économique et tu ne peux pas vraiment les aider. [...]. Après, ce sont aussi des contextes sociaux. Par exemple, on avait une jeune fille mineure qui avait été violée et en fait, pour sauver l'honneur familial, la famille voulait absolument qu'elle l'épouse. Donc tu te bats pour trouver une solution avec l'aide sociale, mais ils sont débordés et te font comprendre que dans 6 mois elle est majeure. Et que dans tous les cas, tu ne peux pas l'enlever de sa famille parce que c'est son seul moyen de ressource, elle ne peut pas vivre toute seule avec son bébé dans la rue. Donc ils te disent « on va essayer de l'aider » mais tu comprends bien que ça va être difficile. Fin tu essaies de faire comprendre à la famille, que ce n'est pas légal, mais bout d'un moment, tu es un peu bloqué par ce qui est possible de faire. Tu as des situations où la bonne solution, c'est difficile de trouver. »</p>
<p>Naissance d'un nouveau-né avec une anencéphalie</p>	<p>Sage-femme N</p>	<p>« Donc après moi, le truc finalement que j'ai le plus mal vécu, c'est ce bébé qui est né avec son anencéphalie à terme. Et pour lequel, si tu veux, normalement elle devait accoucher à Mamoudzou, le bébé devait être pris en charge en néonatal et là il vivait, mais il était végétatif si tu veux. Et on appelle la pédiatrie et là, on nous envoie bouler, en nous disant que de toute façon, il va mourir, le temps qu'il soit transféré, il sera mort. Et l'anesthésiste ne se sentait pas concerné, l'obstétricien bah il est né donc tout va bien. »</p>
<p>Difficulté à gérer l'ensemble de l'activité</p>	<p>Sage-femme J</p>	<p>« Voilà après sur une hémorragie de la délivrance, une dame que j'ai transférée, fin j'ai eu trois, quatre accouchements à la suite et personne pour m'aider. L'auxiliaire, elle dormait et personne n'est venue m'aider. Donc tu transfères les dames, tu fais le ménage et en plus, tu as la dame que tu transfères pour hémorragie donc oui là je me suis sentie en grande difficulté. En plus, c'était au tout début de mon arrivée à Mayotte, donc je n'ai pas bien pris la mesure de tout et on ne m'a pas trop aidée. »</p>

3) La reprise d'activité en France métropolitaine

A) Une réadaptation plus ou moins complexe en fonction des sages-femmes

Suite à la reprise d'activité en France métropolitaine, les **sages-femmes B, C, D, E, G, J, K et O** déclarent avoir eu des difficultés pour se réadapter au sein de leur nouveau lieu d'exercice.

Sage-femme C : « *En soi, ça a été mais la transition a été compliquée, j'ai mis je pense six mois à m'en remettre.* »

Sage-femme D : « *Euh, le retour en métropole est un peu difficile (rires). Le premier mois tout est compliqué, pas forcément que sur le plan professionnel même sur le plan personnel.* »

Sage-femme K : « *Oui, ça a été un peu compliqué, [...]* »

Sage-femme O : « *Alors, j'ai eu de grosses difficultés pour me réadapter. Du coup, je suis arrivée dans un niveau 3 et ça a été horrible. [...], ça a été vraiment vraiment compliqué.* »

Par ailleurs, les **sages-femmes F, H, I, L, M, N, O et P** considèrent ne pas avoir rencontré de difficultés lors de leur reprise d'activité. Cependant, certains éléments ont toutefois été évoqués de leur part.

Sage-femme F : « *[...], ça n'a pas été trop compliqué, [...]* »

Sage-femme L : « *Euh, nan, pas de difficulté d'un point de vue boulot, pas de difficulté.* »

Sage-femme N : « *Dans l'activité professionnelle, non parce que c'est l'activité que je rêvais de faire depuis longtemps, [...]* »

Sage-femme P : « *C'est plutôt sur les urgences comme l'hémorragie de la délivrance où je ne trouvais pas ma place. Après sur le suivi de la patiente, ça allait, je n'ai pas eu l'impression d'être en grande difficulté* »

→ Retrouver sa place au sein d'une équipe

La principale difficulté exposée lors des entretiens est de retrouver sa place au sein d'une équipe composée de nombreuses sages-femmes, de médecins et d'internes. Selon les **sages-femmes F, G, L, O et P**, il faut réapprendre à exercer avec beaucoup de personnels.

Sage-femme F : « *[...], tu as beaucoup d'internes, beaucoup de sages-femmes, ça, c'est compliqué. [...], il faut beaucoup plus composer avec tous les professionnels qu'il y a.* »

Sage-femme L : « *[...], ici c'est plus difficile pour trouver sa place dans un CHU qui est quand même grand. [...]. Donc c'est plus difficile de trouver sa place en tant que sage-femme, comparé à Mayotte.* »

De plus, les **sages-femmes B, H, K, M et O** disent avoir eu des difficultés pour discerner la physiologie de la pathologie et ainsi, elles ne savaient plus exactement à quel moment, se référer aux médecins :

Sage-femme H : « *J'ai mis du temps avant de savoir gérer les médecins, quand appeler, quand ne pas les appeler, je ne savais plus quoi.* »

Sage-femme M : « *[...], à quel moment j'appelle ? A quel moment, je considère que là ce n'est plus à moi de gérer ça et que je dois l'appeler. Et ça j'avais un peu de mal parce que j'étais habituée à gérer seule et qu'on aimait bien là-bas que les sages-femmes se débrouillent.* »

En conséquent, une perte d'autonomie est relatée par les **sages-femmes D, F et K**. En effet, la **sage-femme F** exprime le sentiment de perdre sa place : « *[...], tu perds un peu ta place de sage-femme.* ». La **sage-femme B** met en avant la notion d'une hiérarchie présente entre les sages-femmes et les gynécologues : « *Donc, je me suis vraiment retrouvée un peu avec cette hiérarchie sage-femme / gynéco, tu vois.* ». De plus, d'après les **sages-femmes E, J et K**, certains gynécologues sous estiment les compétences des sages-femmes.

Sage-femme E : « *Le plus dur, c'est de travailler avec un médecin parce que tu as un gynéco, qui aujourd'hui va te prendre de haut et qui te prend un peu pour son infirmière. Sauf que là, tu sors d'un truc où tu étais toute seule donc tu sais gérer et du coup, on te prend un peu pour un sous-fifre incompetent.* »

Sage-femme J : « *Donc ça, ça a été un peu la douche froide parce que venant de Mayotte, j'avais l'impression d'être quand même au cœur de la santé, d'être un maillon vraiment indispensable et là, bah tu as l'impression d'être la petite infirmière qui n'a pas beaucoup de compétences, pas beaucoup d'autonomie, pas beaucoup de reconnaissance et du coup, de devoir montrer un peu patte blanche, fin voilà ça j'ai trouvé ça difficile.* »

Toutefois les **sages-femmes C, G, I, L** déclarent être satisfaites de pouvoir de nouveau se référer à un médecin en cas de pathologies : « *Après face aux médecins, du coup on en profite, on demande un avis plus facilement.* » (**Sage-femme L**).

→ Se réapproprier une pratique très structurée

Les sages-femmes ont également dû se réadapter face à une pratique très structurée par de nombreux protocoles. Ceci fait partie des difficultés rencontrées par les **sages-femmes D, E, F, H, K, L et O** : « *Mais par rapport à Mayotte, on a beaucoup moins d'autonomie et on a beaucoup de protocoles, c'est tout protocolisé, tu ne peux pas faire comme tu le souhaites. Ça, ça change un peu, c'est un peu difficile.* » (**Sage-femme D**). De plus, les **sages-femmes B, K**

et **P** mentionnent un poids du médico-légal beaucoup plus important qu'à Mayotte, entraînant un stress plus conséquent : « *Mais c'était stressant de revenir en métropole, aussi parce qu'il y a le côté médico-légal, qui est fort et qui est de plus en plus fort. [...]. Donc du coup, je trouve que ça nous fait une pression supplémentaire* » (**Sage-femme B**).

→ De nouvelles prises en charge : grossesses pathologiques, déclenchements, césariennes et travaux sous analgésie péridurale

La troisième difficulté soulevée durant les entretiens concerne la prise en charge des grossesses pathologiques, les déclenchements ainsi que le suivi du travail sous analgésie péridurale. Les **sages-femmes D, G, M et O** déclarent ne plus être habituées à assurer le suivi des déclenchements au bloc obstétrical et les grossesses pathologiques car à Mayotte, les patientes concernées par cela étaient transférées : « *Ce qui m'a fait bizarre, c'est de refaire des déclenchements parce que du coup, on n'en faisait pas en dispensaire. Donc toute cette partie un peu patho que j'avais oublié parce qu'on transférait toute la patho, donc ce qui est césar, on ne gérait plus.* » (**Sage-femme G**). Le besoin d'une période d'adaptation pour se réhabituer à la prise en charge du travail d'une parturiente sous analgésie péridurale est décrite par les **sages-femmes O, K et M** : « *Par contre, par rapport à la péridurale avec quoi j'ai eu du mal, c'est quand s'installer pour les efforts expulsifs. Une patiente qui pousse sans sentir et qui du coup, il faut beaucoup plus guider. Ça c'est pareil, ça commence à aller mieux mais au début, j'ai eu du mal avec ça, [...]* » (**Sage-femme M**). La **sage-femme D** exprime avoir eu une appréhension pour assurer la préparation d'une césarienne, toutefois cette crainte s'est rapidement dissipée.

→ Les autres difficultés rencontrées

Face à la grande détresse psycho-sociale de la majorité des femmes à Mayotte, la **sage-femme J** dit avoir eu des difficultés pour repérer les situations sociales préoccupantes en France métropolitaine : « *Et ici du coup, des situations sociales ou psychologiques qui m'auraient moins interpellée si tu veux, bah qui sont plus problématiques, fin les collègues le sentent comme ça, alors que moi, quand je suis arrivée, bah écoute cette dame ça va aller (rires). Fin pour moi, ce n'est pas le même degré, moi j'étais un peu perdue sur la prise en charge déployée autour des patientes et des situations sociales difficiles. En habitant à Mayotte par défaut, on est peut-être plus légère sur ces situations là parce que pour moi c'était un peu le quotidien à*

Mayotte donc finalement tu t'es adaptée alors qu'ici c'est différent. Au début, je n'étais pas très à l'aise là-dessus. »

Pour finir, les **sages-femmes G et I** ajoutent avoir eu des difficultés pour retrouver un emploi en France métropolitaine avec notamment de nombreux contrats de courte durée. Une baisse significative du salaire, a également été évoquée par la **sage-femme I**.

B) Les atouts de cette expérience

→ La confiance

D'après les **sages-femmes A, B, D, H, K, L, M, N et P**, cette expérience leur a permis de développer leur confiance en elles : *« J'ai pris énormément de confiance aussi, parce que je suis arrivée, j'étais quasiment toute jeune diplômée et donc en trois ans, j'ai pris beaucoup de confiance en moi. » (Sage-femme K)*. Cette confiance en soi permet ainsi de diminuer le stress selon les **sages-femmes B et H**. De plus les **sages-femmes A et B** ajoutent que cela leur a permis d'apprendre à faire confiance aux femmes : *« Tu apprends à avoir confiance en toi et également confiance aux femmes. [...]. Je connais tous les signes d'alerte, mais si cette femme est en bonne santé, elle a bien été suivie, son bébé va bien, donc a priori tout va bien se passer ! Donc j'ai trouvé ça super, à Mayotte, d'avoir confiance aux femmes et dans les bébés et aussi avoir confiance en moi. » (Sage-femme A)*.

→ La physiologie

Le deuxième bénéfice le plus exprimé par les sages-femmes est une meilleure prise en compte de la physiologie durant le travail obstétrical et l'accouchement. Les **sages-femmes A, C, D, E, F, H, L, N et O** se sentent plus à l'aise sur la gestion des accouchements sans analgésie péridurale et très à l'écoute de la physiologie.

Sage-femme E : *« Et, aujourd'hui, oui s'il y a une patiente qui arrive et qui me dit qu'elle veut accoucher sans périd, oui je me jette dessus quoi, j'adore ça. Les dames qui accouchent sous périd, c'est moins intéressant. »*

Sage-femme O : *« [...], je crois à 100% à la physiologie. Une femme qui n'est pas à risque peut accoucher naturellement sans aide médicale en respectant la physiologie de l'accouchement. [...]. Et c'est vraiment le suivi du travail physiologique où j'ai vraiment été meilleure. »*

→ L'amélioration de la pratique professionnelle

Le développement de l'autonomie est un élément relevé par les **sages-femmes C, I, J, K, L, N et O**.

Sage-femme C : « *Alors sur ma pratique, à être autonome plus plus plus, à compter sur moi-même et personne d'autre. Après c'est vrai, que tu es quand même seule au monde là-bas.* »

Sage-femme O : « *Du coup, je sais prendre des décisions de manière autonome, je n'ai pas peur de prendre mes responsabilités.* »

Suite à cette expérience, les **sages-femmes A, B, E, F et G** décrivent se sentir plus à l'aise sur la prise en charge des situations d'urgence, permettant ainsi une diminution du stress : « *Après oui, ça change ta pratique dans le sens, où il faut y aller pour me stresser, je ne suis pas une grosse stressée fin je ne vais pas paniquer facilement, je ne vais pas paniquer sur des urgences maternelles et fœtales donc ça je trouve que c'est un vrai plus que j'ai acquis là-bas.* » (**Sage-femme E**). Cette expérience a permis également aux **sages-femmes A, H, I, J, M et P** de développer leur sens clinique, étant donné qu'elles ont pu vivre de nombreuses situations complexes à Mayotte : « *C'était plutôt le sens clinique, après tu as l'échographie mais tu développes un peu un sens clinique différent et une vision aussi. Donc tu as un sens clinique quand tu cherches la taille du bébé, la quantité de liquide. Il y a pas mal de choses que tu développes à Mayotte en termes de compétences médicales et de gestes* » (**Sage-femme A**).

De plus, les **sages-femmes I et N** disent être capable d'anticiper davantage : « *J'anticipe énormément, ce sixième sens de la sage-femme, il est vraiment bien développé. Tu sais au premier TV, tu te dis bah là, ce n'est pas gagné, pareil pour l'interprétation des rythmes. Oui tu as ce sens de la sage-femme qui est beaucoup plus développé* » (**Sage-femme I**).

Le perfectionnement des gestes techniques et le développement des compétences médicales sont aussi des éléments abordés par les **sages-femmes A, F, K, M et N** notamment une meilleure maîtrise de l'échographie pour les **sages-sages-femmes F et K**.

→ Une meilleure adaptation face aux différentes cultures

Les **sages-femmes D, E, F, H, J, K et O** affirment s'adapter plus facilement et être plus compréhensives face aux femmes ayant une culture différente de la leur.

Sage-femme K : « Ça permet d'être un peu plus sensible et de respecter le choix des patientes qui ont une culture différente. »

Sage-femme O : « Je peux m'occuper de patientes qui ne parlent pas ma langue, pas de manière optimale mais je peux m'en occuper je pense en faisant un suivi humain. »

→ L'écoute

D'après la **sage-femme J**, cette expérience à Mayotte, ainsi que certaines formations réalisées, lui ont permis de prendre conscience de l'importance de la coopération des patientes dans leur prise en charge. En effet selon elle, la liberté de choix d'une patiente dans sa prise en charge est un élément crucial, il ne faut jamais l'imposer : « En tout cas, ce que Mayotte m'a appris mais aussi parce que j'ai fait des formations par évidence, mais sur le fait comment tu accueilles les gens et comment tu les abordes, quel que soit la culture, c'est le choix que tu leur laisses, c'est la liberté dans le traitement, dans le suivi qu'on leur propose. [...], quel que soit la culture, c'est toujours de pouvoir proposer aux gens et ne pas leur imposer, qu'ils aient le choix de suivre ou pas le traitement que tu leur donnes mais c'est eux qui doivent décider. ». D'autant plus, le fait d'être plus à l'aise dans sa pratique permet de diminuer l'anxiété et ainsi laisser place à davantage d'écoute envers les patientes selon les **sages-femmes J, L et O** : « Voilà, malgré la médicalisation qui peut avoir dans un niveau 3, être quand même à l'écoute des patientes et on sait le faire seulement si on est moins stressées parce que vu qu'on sait ce qu'on va faire, on peut être à l'écoute. » (**Sage-femme L**).

La **sage-femme P** déclare également se sentir davantage sensibilisée à la dignité et du respect des femmes. D'après elle, cela serait principalement dû à son activité en maison de naissance mais aussi grâce à cette expérience à Mayotte.

C) Les points positifs de cette expérience

→ L'amélioration de la pratique professionnelle

L'amélioration de la pratique professionnelle est le point positif le plus décrit par les **sages-femmes B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O et P**. En effet, elles ont dû faire face à de nombreuses situations d'urgence et par conséquent pour beaucoup d'entre elles, c'est une expérience très enrichissante (**Sages-Femmes B, C, D, E, F, I et L**), permettant d'exercer pleinement les compétences de la sage-femme (**Sages-Femmes F et N**) et de ce fait, développer

la confiance en soi (**Sages-Femmes A, D, G et H**), le sens clinique (**Sages-Femmes H, I, M et P**), l'anticipation (**Sage-Femme P**) ainsi que l'autonomie (**Sages-Femmes C, E, J et O**).

Sage-femme E : « *C'est juste hyper formateur, professionnellement parlant, personnellement parlant, tu vas grandir en tant que sage-femme si tu pars là-bas. Tu acquiers une expérience que tu n'acquerras nulle part ailleurs.* »

Sage-femme F : « *Alors positif, c'est d'avoir appris le métier pur et dur de sage-femme et honnêtement, je ne pense pas clairement, qu'il y ait un endroit plus épanouissant pour une sage-femme qui aime l'autonomie de la sage-femme. Voilà en métropole, ça ne se trouve pas je pense.* »

Sage-femme G : « *En points positifs, je pense qu'en trois ans, j'ai eu l'assurance que j'aurais mis beaucoup de temps à avoir en métropole* »

Sage-femme I : « *C'est la France mais ce n'est pas la France. C'est moitié France, moitié Madagascar, moitié Afrique, Comores, c'est la brousse quoi. Tu fais avec ce que tu as. Tu apprends pas mal de choses, tu développes ton sens clinique, tu n'as pas de labo et puis voilà, c'est formateur.* »

→ Découvrir une nouvelle manière d'exercer

Grace à cette expérience, les **sages-femmes D, C, F, H, J, L et O** déclarent avoir découvert un mode d'exercice différent avec une autonomie importante et une place beaucoup plus importante de la physiologie dû en partie à l'absence de péridurale. Elles ont également pris en charge des pathologies peu répandues en métropole, voire inexistantes.

Sage-femme C : « *Ça t'apprend à être autonome, tu vois des situations que tu ne verras jamais en France. Euh... type l'accouchement à 33 semaines dans l'ambulance. [...]. Alors que là, tu es dans la brousse. Ce sont des situations que tu ne verras jamais ailleurs. Du coup, c'est hyper formateur.* »

Sage-femme D : « *Et se dire qu'il y d'autres choses qui existent, il n'y a pas que des protocoles partout. Il y a des choses différentes.* »

→ Les autres points positifs

Importance du travail en équipe	Sages-femmes A, E et N	« <i>Et le travail d'équipe aussi, l'autonomie, le travail d'équipe franchement j'ai trouvé ça super important, il n'y a pas de guerre-guerre hôpital-libéral-PMI, tout le monde travaille ensemble.</i> » (Sage-femme N)
---------------------------------	-------------------------------	--

Richesse des rencontres / découvrir une autre culture	Sages-femmes J, K et L	« Les points positifs, oui il y a cette approche culturelle qui permet de voir, que ce n'est pas la même façon de gérer partout et de vraiment pouvoir comprendre qu'il y a d'autres manières d'aborder les soins, la vie, la mort. Et peut-être donner une plus grande capacité de pouvoir accompagner les gens » (Sage-femme J)
Ouverture d'esprit	Sage-femme C	« Et puis personnellement ça t'ouvre l'esprit, c'est génial. » (Sage-femme C)

D) Les points négatifs de cette expérience

Difficultés face à certaines situations rencontrées	Sages-femmes J, O et P	« Et les points négatifs, c'est d'avoir dû dépasser les compétences autant de fois et ne pas avoir eu de médecin le jour où la femme est décédée. » (Sage-femme O). « [...], j'ai trouvé sur des situations où on était toute seule, c'est très difficile, [...]. Donc oui dans les situations d'urgence, j'ai trouvé ça dur. » (Sage-femme P)
Retour en France métropolitaine difficile	Sages-femmes G et I	« Les points négatifs, je pensais que le retour en métropole serait plus facile, que je serais plus à l'aise mais en fait, j'avais plus la boule au ventre d'aller en garde en métropole qu'à Mayotte où je n'avais pas de médecin. Je ne sais pas pourquoi, je pense que les collègues ne me mettaient pas forcément à l'aise. » (Sage-femme G) « Les gens se plaignent toujours et la T2A a pris le dessus sur l'humain, c'est le profit, très codifié quoi. Elles sont à deux doigts, il faut absolument mettre la péri, mettre le synto, tout ça pour ne pas réveiller ton gynéco à 4h du matin. » (Sage-femme I)
Crainte des conséquences en cas de problème	Sages-femmes C et E	« Alors les points négatifs, c'est que parfois c'est risqué. Parfois, tu risques ton métier, tu te dis que s'il y a un problème, s'il y a la mère ou le bébé qui meurt... » (Sages-femmes C)
Impuissance face à certaines situations sociales	Sages-femmes J et L	« Une impuissance aussi sur certaines situations sociales. » (Sage-femme J)

		« Et les points négatifs, c'est la distance avec la métropole, l'éloignement et la situation socio-économique sur place, voilà. Parce qu'on est très bien accueilli à l'hôpital mais beaucoup de pauvreté, d'écart entre les niveaux sociaux élevés et faibles, voilà. » (Sage-femme L)
Manque de moyen	Sages-femmes K et N	« Et les points négatifs, je pense que c'est le manque de moyen plutôt par rapport aux transferts ou le manque de temps fin le manque de temps, le délai d'intervention. » (Sage-femme K) « Le point négatif, c'est que la maternité n'est pas adaptée pour le nombre de naissances. » (Sage-femme N)
Rester vigilant	Sages-femmes F et H	« [...], peut-être trop détendue vis-à-vis de certaines situations. » (Sage-femme H)
Manque de contact avec la population	Sage-femme J	« Les points négatifs, ça a été le manque de contact avec la population, avec les femmes, par rapport à la barrière de la langue. » (Sage-femme J)
Organisation du Centre Hospitalier de Mayotte / l'encadrement	Sage-femme A	« J'ai vraiment aimé, après il y a des choses à améliorer au niveau de l'organisation du Centre Hospitalier, et que j'aime moins, mais c'est vraiment très personnel » (Sage-femme A)
Echanges parfois compliqués avec les AP à Mayotte	Sage-femme J	« Par rapport aux échanges, le relationnel avec les collègues mahoraises où c'était compliqué, avec cette impression où il y a toujours cette dualité de racisme entre eux donc auquel, on participe » (Sage-femme J)

Toutefois, les **sages-femmes B et D** n'ont soulevé aucun point négatif : « Et puis pour les points négatifs, je n'en ai pas franchement, voilà des accouchements à la lampe frontale dans les bidonvilles, ce n'est pas demain la veille que je referai ça, tu vois. Donc nan, il faut prendre que le positif, c'est super bien » (Sage-femme B).

E) L'évolution de carrière

Suite à cette expérience, les **sages-femmes A, B, C, D, E, F, H, L et N** souhaiteraient repartir travailler dans un autre DOM TOM et les **sages-femmes B, H et N** seraient intéressées pour réaliser des missions humanitaires. Toutefois, la vie familiale reste le principal frein de

ces projets. De plus, les **sages-femmes A, E, F, G, I, K, L et O** envisagent de faire un diplôme universitaire ou des formations complémentaires.

Les **sages-femmes J, M et N** ajoutent que cette expérience leur a permis de savoir où elles souhaitent exercer leur métier. Par exemple, la **sage-femme N** dit ne plus être certaine de vouloir retravailler un jour à l'hôpital : *« Après, je ne sais pas si franchement, je pourrais retourner travailler à l'hôpital dans les conditions d'aujourd'hui parce que j'apprécie vraiment beaucoup mon autonomie »*

F) Avis sur l'utilisation de la ventouse par les sages-femmes en France métropolitaine

Etant donné que les sages-femmes en maternités périphériques à Mayotte peuvent réaliser les ventouses Kiwi® lorsque que le fœtus est engagée partie basse avec la présence d'anomalies du rythme cardio-fœtal. Durant l'entretien, il leur a été demandé si elles étaient favorables à la pratique de la ventouse Kiwi® par les sages-femmes en France métropolitaine. Suite à cette question, les **sages-femmes A, F, G, I, J, K, M, N et O** se montrent plutôt favorables, toutefois la plupart d'entre elles estiment que les conditions d'utilisation doivent être minutieusement réglementées comme à Mayotte. De plus, cela aurait davantage sa place dans les maternités de niveau 1, dans lesquelles, l'obstétricien n'est pas sur place la nuit.

Sage-femme F : *« Euh si c'est autorisé comme on faisait à Mayotte, c'est-à-dire de façon assez protocolisée, exceptionnelle, voilà oui je pense. Tu vois, par exemple, dans un niveau 1, le médecin va mettre du temps à arriver, au petit couronnement ça devrait pouvoir se faire. »*

Sage-femme G : *« Alors les Kiwi® partie basse, ça ne me choque pas, après est-ce que ça sera bien respecté ? »*

Sage-femme K : *« Moi je serais pour comme on l'utilisait là-bas, vraiment quand on a le bébé qui est juste là et qu'on file un petit coup de pouce à la patiente. Fin poser une kiwi®, ce n'est pas très compliqué, je pense que ça gagnerait du temps. Donc, je suis pour mais dans certaines conditions. »*

La **sage-femme A** nuance néanmoins ses propos en suggérant qu'il faudrait commencer avant tout par allonger la durée des efforts expulsifs ainsi que prendre en compte la parité et la fréquence des contractions pour pouvoir par la suite envisager l'utilisation de la ventouse : *« Je pense que ça pourrait être un moyen intéressant, [...]. Mais le problème, il ne faudrait pas que ça devienne systématique. Je ne sais pas, si pour une femme, ça serait mieux... [...]. Donc l'avantage qu'on avait en hôpital périphérique, c'est que tu étais seule, donc tu n'appelais pas les médecins au bout d'une demi-heure, sinon tu ne t'en sortirais pas. Donc avoir cette notion de temps alors que tu as aussi la parité, les contractions... fin c'est très réducteur de voir cela*

qu'en fonction du temps. Donc la ventouse, ça pourrait être intéressant dans certaines situations. [...]. En tout cas ce n'est pas la seule chose qu'on devrait modifier, c'est le moment de revoir, comment on accompagne les gens lors de la naissance de leur bébé, et arrêter de se focaliser uniquement sur le temps. Il faut avoir une vision globale de ce qu'il se passe. »

En revanche, les **sages-femmes B, D, L, O et P** semblent plutôt défavorables face à cette proposition. En effet, les **sages-femmes B, D, L et P** considèrent que cet acte ne fait plus partie du champ de la physiologie et par conséquent doit être réalisé par un obstétricien : « *Non pas franchement, je pense que notre boulot, c'est vraiment la physiologie [...]. Ça rajouterait des soucis dans le médico-légal d'avoir accès à la ventouse* » (**Sage-femme B**).

IV. Analyse et discussion des résultats

1) Limites et forces de l'étude

A) Les points positifs

Le nombre d'entretiens réalisés durant cette étude est satisfaisant. En effet, 16 sages-femmes se sont portées volontaires pour participer à cette étude. De plus, ce mémoire traitait un sujet très spécifique et les critères d'inclusion étaient relativement restrictifs. En effet, nous avons fait le choix de nous concentrer uniquement sur les sages-femmes ayant exercé dans les maternités périphériques et non dans la maternité principale de Mayotte située au Centre Hospitalier de Mamoudzou, ce qui diminuait considérablement notre population étudiée. Toutefois, aucune modification n'a dû être apportée à nos critères d'inclusion préétablis, toutes les sages-femmes interrogées y répondaient minutieusement.

Dans notre étude, la population est hétérogène pour plusieurs raisons. Tout d'abord, malgré le nombre conséquent de sages-femmes partant travailler à Mayotte suite à l'obtention de leur diplôme, au sein de notre population 3 sages-femmes avaient plus de 3 ans d'expérience avant de s'y rendre. De plus, l'étude ne s'est pas limitée à une région spécifique. En effet, les sages-femmes interrogées ont été formées dans différentes écoles de France métropolitaine. Pour finir après cette expérience, les modes d'exercices sont très diversifiés : maternités de niveau 1 à 3, maison de naissance et exercice en libéral.

Toutefois, les sages-femmes interrogées étaient uniquement des femmes, aucun sage-femme de sexe masculin ne s'est proposé pour participer à l'étude. Cependant, ce point peut être relativisé car les hommes représentaient seulement 2,8% des sages-femmes françaises en 2020 (31). En conséquent, 0 à 1 homme aurait dû être interrogé afin d'appliquer la représentativité homme-femme chez les sages-femmes, ce qui est négligeable.

L'originalité est également un point fort de cette étude. En effet à notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur l'impact de la pratique professionnelle chez les sages-femmes après une expérience professionnelle à Mayotte.

Pour finir, le dernier point positif de cette étude s'appuie sur sa méthode. Les entretiens semi-directifs permettent une liberté d'expression chez la personne interrogée. Ainsi, ces entretiens ont permis de recueillir de nouveaux éléments en dehors des hypothèses prédéfinies avant la réalisation des entretiens.

B) Les points négatifs

Comme nous avons pu voir précédemment, 16 entretiens est un nombre satisfaisant pour un mémoire de fin d'étude, toutefois cela ne permet pas de généraliser les informations obtenues à l'ensemble des sages-femmes ayant travaillé dans une maternité périphérique à Mayotte. En revanche, nous avons pu tout de même obtenir un aperçu relativement conséquent sur cette expérience. Afin de renforcer la fiabilité de l'étude, il aurait fallu réaliser davantage d'entretiens, or le délai pour la rédaction de ce mémoire ne le permettait pas.

Certaines sages-femmes ont exercé immédiatement à Mayotte après l'obtention de leur diplôme. Or durant les premières années d'exercice, l'acquisition de compétences est maximale. Donc l'expérience à Mayotte ne peut pas être considérée comme l'unique cause permettant l'amélioration de la pratique professionnelle. De plus au sein de l'étude, les **sages-femmes M et P** ont exercé plus de 10 ans à Mayotte. Elles décrivent une amélioration de la pratique professionnelle suite à cette expérience, toutefois il est difficile d'affirmer que cet exercice à Mayotte soit la seule cause car le nombre d'années d'expérience permet également de perfectionner la pratique professionnelle.

De plus parmi les 16 entretiens menés, 10 entretiens ont été réalisés sans caméra. Or un biais d'interprétation peut se faire ressentir sur ces entretiens car il est impossible de saisir les comportements non verbaux.

2) Analyse et discussion

Avant de réaliser cette étude, 3 hypothèses avaient été établies : le développement de la pratique professionnelle lors de l'expérience à Mayotte, un sentiment de frustration face à la réduction du champ de compétences ainsi qu'une meilleure adaptation dans la prise en charge des patientes de cultures différentes après leur retour en France métropolitaine. Les résultats de cette enquête seront donc présentés et discutés à partir de ces 3 hypothèses prédéfinies. De plus, nous étofferons cette partie avec d'autres éléments tirés des résultats de cette enquête.

A) L'amélioration de la pratique de la professionnelle

Les sages-femmes interrogées nous ont confirmé que dans les maternités périphériques à Mayotte, les médecins n'étaient pas présents, elles travaillaient avec les auxiliaires de puériculture et les ASH. Les sages-femmes avaient une activité très diversifiée : salles de naissance, urgences obstétricales et gynécologiques, suites de couches et suivi de grossesse. En cas de pathologies, les sages-femmes devaient contacter les médecins de la maternité de Mamoudzou afin d'obtenir une conduite à tenir par téléphone. Lors d'un transfert, 40 minutes étaient nécessaires pour se rendre à la maternité de Mamoudzou. Afin de s'adapter, les sages-femmes étaient très autonomes et devaient faire preuve de beaucoup d'anticipation permettant ainsi de développer leur sens clinique.

En conséquent, toutes les sages-femmes déclarent avoir ressenti une amélioration de leur pratique professionnelle après leur reprise d'activité en France métropolitaine. En effet, une prise de confiance en soi a été évoquée par 10 sages-femmes. Pour 8 sages-femmes, cette expérience a permis de développer leur autonomie. De plus, 5 sages-femmes affirment se sentir plus à l'aise sur les situations d'urgence. Enfin, 5 sages-femmes pensent également s'être perfectionnées sur les gestes techniques.

→ La confiance en soi

D'après les **sages-femmes A, B, D, G, H, K, L, M, N et P**, cette expérience leur a permis de développer leur confiance en elle. La **sage-femme N** précise qu'à Mayotte, contrairement à la métropole, elle a pu exercer les gestes d'urgences comme les révisions utérines ou les délivrances artificielles pendant les hémorragies du post-partum permettant ainsi une prise de confiance en elle. Les **sages-femmes B et H** ajoutent également que cette prise de confiance a entraîné une diminution du stress. De plus selon les **sages-femmes B et K**, la prise de confiance a été d'autant plus importante car elles étaient encore jeunes diplômées en partant exercer à Mayotte. En effet en sortant de l'école, le sentiment de confiance en soi est encore limité contrairement aux sages-femmes ayant déjà plusieurs années d'expérience.

D'après Sarah Famery, psychothérapeute, le sentiment de confiance en soi est « un sentiment profond de sécurité intérieure, indispensable pour entreprendre et réussir des projets, tant professionnels que personnels. ». Elle ajoute notamment que c'est un sentiment en perpétuelle évolution durant toute la vie de l'individu. D'un côté, la confiance en soi peut être innée dès le plus jeune âge. Mais d'une autre part, elle peut également être fortement influencée

par les facteurs extérieurs auxquels l'individu fait face (32). Or les sages-femmes ayant travaillé à Mayotte ont fait face à de nombreuses situations complexes.

→ L'autonomie

Le développement de l'autonomie est un bénéfice évoqué par **les sages-femmes C, E I, J, K, L, N et O**. Elles ont appris à travailler seules et sont capables de prendre des décisions de manière autonome. La **sage-femme C** déclare que cette expérience lui a permis d'apprendre à compter sur soi-même et personne d'autre. En effet, dans les maternités en France métropolitaine, les médecins sont toujours présents au sein de l'établissement excepté la nuit dans certaines maternités de niveau 1. De ce fait, lors d'urgences obstétricales et pédiatriques, les médecins interviennent rapidement auprès de la sage-femme, ce qui l'empêche souvent de pratiquer certains gestes faisant tout de même partie de son champ de compétences. De plus en cas de pathologie, les sages-femmes doivent rapidement se référer aux médecins pour établir la prise en charge. En conséquent, le raisonnement clinique des sages-femmes est probablement plus limité.

→ Le sens clinique

Le développement du sens clinique a été abordé par les **sages-femmes A, H, I, J, L, M et P**. Les femmes enceintes mahoraises se faisaient peu suivre, par conséquent d'après la **sage-femme A**, elle était obligée de développer son sens clinique notamment pour l'estimation du poids fœtal et de la quantité de liquide. La **sage-femme I** ajoute avoir développé son sens clinique sur le toucher vaginal, l'interprétation du rythme cardiaque fœtal car elle devait être capable d'anticiper un transfert en raison de la distance entre la maternité périphérique et la maternité de Mamoudzou.

En effet, cette sage-femme nous fait part de cet élément toutefois nous pouvons nous interroger si c'est un sentiment partagé par l'ensemble des sages-femmes. Malheureusement, nous ne pouvons pas y répondre car cette question n'a pas été posée durant nos entretiens et aucune sage-femme hormis la sage-femme I, a abordé l'interprétation du rythme cardiaque fœtal.

En revanche, nous savons que les critères de transferts sont très rigoureux dû à l'absence de médecin entraînant l'impossibilité de réaliser des accouchements par césarienne. De ce fait, nous pouvons supposer qu'en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal, les sages-femmes

devaient envisager un transfert dans les plus brefs délais en l'absence d'accouchement imminent. Ainsi, elles n'avaient plus la possibilité d'assurer le suivi d'un travail jusqu'à l'accouchement avec des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Donc l'interprétation du rythme cardiaque fœtal est-elle réellement une compétence développée lors d'une expérience professionnelle en maternité périphérique à Mayotte ?

De plus la **sage-femme J**, précise avoir développé son sens clinique en se basant davantage sur l'écoute et le ressenti des patientes permettant ainsi de proposer une conduite à tenir adaptée en fonction de chaque patiente.

→ Une meilleure prise en charge des urgences accompagnée d'un perfectionnement sur les gestes techniques

Les **sages-femmes A, B, E, F, G et M** annoncent se sentir plus à l'aise sur les situations d'urgence et moins stressées, notamment sur les réanimations néonatales et les hémorragies du post-partum. La **sage-femme M** ajoute qu'en métropole, les pédiatres sont présents durant les réanimations néonatales, de ce fait les sages-femmes réalisent peu de gestes contrairement à Mayotte où les sages-femmes sont seules. En conséquent, cela permet de se perfectionner davantage sur les gestes techniques durant les situations d'urgence. En effet, un perfectionnement sur certains gestes techniques a également été ressenti pour les **sages-femmes A, F, K et N**. Selon la **sage-femme A**, le fait d'avoir vécu de nombreuses situations complexes à Mayotte a permis de développer ses compétences.

Au sein de notre population, beaucoup de sages-femmes étaient encore jeunes diplômées en partant à Mayotte. En conséquent, elles avaient acquis les compétences sans avoir pu les mettre en application ou très peu. En effet, Guy Le Bortef distingue les termes « être compétent » et « avoir des compétences ». Avoir des compétences signifie avoir des ressources (connaissances, gestes techniques, savoir-faire et raisonnement clinique) permettant d'agir avec pertinence dans une situation de soins. Tandis qu'être compétent signifie d'être capable d'agir avec pertinence dans une situation de soins (33). De ce fait, avoir des compétences est une condition essentielle mais insuffisante afin d'être reconnu comme compétent. En conséquent, cette expérience à Mayotte a permis aux sages-femmes de devenir compétentes dans leur activité professionnelle.

De plus, d'après les **sages-femmes F et K**, elles se sont également perfectionnées sur la pratique de l'échographie. La **sage-femme K** pense avoir un niveau supérieur par rapport à ses collègues n'ayant pas exercé à Mayotte. En effet durant les stages, j'ai pu constater que dans de

nombreuses maternités, les sages-femmes pratiquent très peu les échographies aux urgences gynécologiques et obstétricales. Bien qu'elles puissent effectuer les échographies afin de déterminer la présentation, la quantité de liquide amniotique, la position du placenta et réaliser une biométrie (27, 29, 30), ce sont tout de même les obstétriciens ou les internes qui les effectuent, en conséquent elles n'ont pas la possibilité d'exercer cette compétence.

Cette première hypothèse a été évoquée par toutes les sages-femmes interrogées quelle que soit la durée d'exercice à Mayotte. Toutefois sur les 16 sages-femmes interrogées, 10 sages-femmes n'avaient jamais exercé ou avaient exercé moins de 3 mois en France métropolitaine, avant de s'expatrier à Mayotte. En conséquent quel que soit leur lieu d'exercice, elles auraient développé leurs pratiques professionnelles, cependant cette expérience a probablement renforcé ce perfectionnement.

De plus, nous pouvons nous questionner sur le plan éthique du fonctionnement des maternités périphériques à Mayotte. En effet, la majorité des sages-femmes partant exercer au sein de ces maternités possède peu d'expérience, certains gestes techniques sont rarement réalisés durant les études de sages-femmes et aucun médecin n'est présent afin de superviser les urgences obstétricales et néonatales dans les maternités périphériques. En conséquent, cette situation ne pourrait-elle pas engendrer une perte de chance pour certaines patientes et leur nouveau-né ?

Nous pouvons ainsi conclure que cette expérience en maternité périphérique à Mayotte a permis aux sages-femmes de développer leurs pratiques professionnelles. Cette hypothèse est donc validée.

B) Un sentiment de frustration face à la réduction du champ de compétences

Après la reprise d'activité en France métropolitaine, 8 sages-femmes manifestent un sentiment de frustration. En effet, une période d'adaptation a été nécessaire afin de se réadapter à une pratique très structurée. De plus parmi elles, 4 sages-femmes ont eu le sentiment de perdre en autonomie et plus particulièrement la **sage-femme F** qui exprime le sentiment de perdre sa place de sage-femme.

→ Une perte d'autonomie

Les **sages-femmes C, D, F et K** ont ressenti une perte d'autonomie en reprenant leur activité professionnelle en France métropolitaine. La **sage-femme K** dit avoir acquis beaucoup d'autonomie à Mayotte, toutefois en métropole, elle regrette que son autonomie se soit autant réduite en raison de la présence des médecins. Pour la **sage-femme D**, le retour était également difficile. Elle travaillait dans une clinique privée et son champ de compétences s'est fortement réduit, par exemple, elle ne pouvait plus réaliser de prescription. En conséquent, elle s'est sentie obligée de trouver un emploi dans une autre maternité par crainte de faire un syndrome d'épuisement professionnel.

En effet, d'après les **sages-femmes E, J et K**, les médecins sous estiment parfois les compétences des sages-femmes. Selon la **sage-femme J**, elle avait l'impression d'avoir une place essentielle à Mayotte, cependant en métropole, ce sentiment s'est rapidement dissipé en raison de la présence des médecins. Or, elle a trouvé cette situation très difficile à vivre. La **sage-femme K** ajoute notamment avoir ressenti un manque de confiance de la part des médecins.

De plus, les **sages-femmes B, C, H, K, M et O** ont rencontré des difficultés afin de discerner la limite entre la physiologie et la pathologie car elles étaient habituées à être très autonomes et en conséquent, elles ne savaient plus exactement la limite de leur prise en charge et donc quand se référer aux médecins. La **sage-femme B** met également en avant une hiérarchie très importante présente entre les sages-femmes et les gynécologues, les médecins devaient être continuellement informés de toutes les situations pathologiques quel que soit leur gravité, entraînant ainsi un stress plus conséquent. Or, ce n'était pas le cas à Mayotte. De plus, la **sage-femme C** déclare qu'au début, elle prenait trop de liberté durant les situations d'urgence en procédant à certains gestes techniques qu'elles avaient l'habitude de réaliser à Mayotte. Or, certains médecins estimaient que cela ne faisait plus partie de son champ de compétences.

Toutefois, malgré cette disparité entre médecins et sages-femmes, les **sages-femmes C, G, I et L** sont rassurées de pouvoir se référer de nouveau à un médecin dans les situations d'urgence.

→ Sentiment de perdre sa place

La **sage-femme F** déclare avoir su s'adapter rapidement à sa nouvelle situation en France métropolitaine. Toutefois, elle souligne avoir eu le sentiment de perdre sa place de sage-femme

dû au manque d'autonomie. En conséquent, il lui a fallu une période d'adaptation pour retrouver sa place au sein d'une équipe. En effet, les **sages-femmes G, L, O et P** décrivent également avoir eu des difficultés pour se réintégrer au sein d'une équipe plus conséquente composée de médecins, internes, puéricultrices et de nombreuses sages-femmes.

→ Une pratique très structurée

Les **sages-femmes D, E, F, H, K, L et O** décrivent que la pratique est beaucoup plus structurée en métropole, les protocoles sont nombreux, entraînant un sentiment de frustration et une période de réadaptation. Toutefois la **sage-femme F** après réflexion, relativise sur les protocoles étant donné qu'ils sont très régulièrement modifiés, ainsi elle estime qu'ils ne sont pas aussi structurés qu'elle le pensait.

En conséquent, les **sages-femmes B, K et P** évoquent notamment un poids du médico-légal beaucoup plus important entraînant un stress supplémentaire en métropole. En effet, Romane Begon, sage-femme, a réalisé son mémoire en 2017 sur les connaissances et le ressenti des sages-femmes hospitalières sur le risque médico-légal en salle de naissance. Pour mener cette étude, 126 sages-femmes réparties dans 9 établissements du réseau méditerranéen se sont portées volontaires. L'étude a montré que quasiment la totalité des sages-femmes qualifie le niveau de la pression médico-légale de « très élevée » (63%) ou « élevée » (36%) (34). En revanche à Mayotte, lors de pathologies materno-fœtales, les femmes posent peu de questions, leurs croyances religieuses et le soutien de leur famille leur permettent d'y faire face. De ce fait, le poids du médico-légal est moins présent pour les soignants.

Nous pouvons ainsi conclure qu'un sentiment de frustration peut être ressenti par les sages-femmes ayant exercé en maternité périphérique à Mayotte à leur retour en France métropolitaine. Cette hypothèse est donc validée.

C) Une meilleure adaptation dans la prise en charge des patientes de cultures différentes

Suite à ce qu'elles ont vécu, 7 sages-femmes ont noté une modification concernant l'aspect relationnel. Cela leur a permis de développer leur capacité d'adaptation et être plus compréhensive face aux femmes ayant une culture différente. En effet, d'après la **sage-femme F**, en raison d'une précarité et d'une immigration omniprésente à Mayotte, une ouverture

d'esprit est une compétence essentielle à développer lors d'une expérience à Mayotte afin d'assurer une prise en charge adaptée à la population mahoraise. Elle mentionne notamment ne plus être en difficulté et avoir acquis une ouverture d'esprit suffisante lui permettant de faire face aux patientes de différentes cultures. Elle ajoute être confrontée fréquemment à des patientes très précaires dans la maternité dans laquelle elle travaille actuellement, notamment avec des femmes qui se font parfois peu suivre.

La **sage-femme H** ajoute toutefois qu'aucun mode d'emploi existe pour s'adapter à une culture car aucune culture ne peut être généralisée, il est impossible de présager ce que vit une femme. Elle évoque plutôt la notion d'un savoir être professionnel lui permettant de s'adapter à chaque femme : *« Sur le respect de la culture de l'autre, en fait le principe est que tu ne peux pas connaître, tu ne peux pas généraliser sur la culture de l'autre parce qu'elle est magrèbine donc elle va le vivre comme ça, parce qu'elle est africaine, elle va le vivre comme ça. Après être africaine, ça ne veut rien dire, tu n'auras pas forcément la même culture d'un pays dans un autre. Et du coup, d'être attentif à ce que la femme est, à ce qu'elle en dit de sa culture et ce qu'elle veut vivre. Et ça, ça ne sera pas forcément similaire avec une autre femme qui a la même culture, la même origine mais en fait, tu n'en sais rien. Tu ne peux pas du tout présager ce que la femme vit dans sa tête. Après c'est pour ça que j'avais fait le DU santé précarité solidarité, pour être justement plus à l'aise sur les situations compliquées de migrants. Et en fait, il n'y pas de mode d'emploi mais c'est plus un savoir être professionnel pour s'adapter à la personne qui est en face de nous. »*

De plus, **d'après la sage-femme J**, étant confrontée constamment à des femmes ne souhaitant pas se faire suivre durant la grossesse, cette expérience lui a permis de prendre conscience de l'importance de l'adhésion des patientes dans leur prise en charge. La liberté de choix du patient est un critère essentiel dans le respect de sa prise en charge.

Toutefois, nous pouvons préciser que cette capacité d'instaurer une relation de qualité quelle que soit la patiente rencontrée fait partie des compétences à acquérir dans la pratique du métier de sage-femme. En effet, selon le référentiel sage-femme : *« la sage-femme doit être en mesure d'établir une relation d'écoute, empathique avec la femme et prendre en compte dans sa pratique le mode de vie, les croyances, le bagage culturel, le soutien social et les capacités de la femme et de son entourage »* (33). Cependant, nous pouvons en déduire que cette expérience à Mayotte a permis de développer davantage cette compétence pour certaines sages-femmes. D'autant plus, bien que cela soit une compétence exigée chez les soignants, selon

Margot Phaneuf, infirmière spécialisée en communication, les différences culturelles et religieuses sont des éléments pouvant déstabiliser les soignants et créer une incompréhension face aux comportements de certains patients d'origine étrangère. Ainsi certains soignants penseront que c'est aux patients étrangers de s'adapter (35).

Nous pouvons également nous questionner à propos de cette ouverture d'esprit évoquée par les sages-femmes interrogées, ne serait-elle pas due en partie au profil des sages-femmes décidant d'exercer à Mayotte ? En effet, Mayotte est connue pour avoir une population multiculturelle avec un niveau socio-économique défavorisé. En conséquent, nous pouvons supposer que les sages-femmes faisant le choix d'exercer sur cette île possèdent déjà une ouverture d'esprit précédent cette expérience. Toutefois, cela doit probablement leur permettre de développer d'autant plus leur capacité d'adaptation dans la prise en charge des femmes de cultures différentes.

A notre connaissance, aucune étude ne s'était déjà portée sur le vécu des sages-femmes ayant exercé en maternité périphérique, en conséquent nous ne pouvons pas établir de comparaison pour nos résultats obtenus avec une étude similaire. Toutefois, lors de missions humanitaires, les sages-femmes sont de même confrontées à cette diversité culturelle, une comparaison avec nos résultats est alors envisageable. Or d'après le mémoire de fin d'étude de sage-femme de Sarah Lecocq portant sur les compétences interculturelles développées en maïeutique après la réalisation d'une mission humanitaire intentionnelle, cette expérience humanitaire favorise l'acquisition de compétences interculturelles, notamment l'écoute, la remise en question et la décentration permettant une meilleure compréhension et relation avec les patientes (36). Nous pouvons ainsi conclure que notre hypothèse est validée et concorde avec cette référence.

D) Une meilleure écoute de la physiologie

D'après les sages-femmes interrogées, à Mayotte, les femmes accouchaient sans péridurale. Seul le Nubain® et le protoxyde d'azote pouvaient être utilisés. Les femmes enceintes étaient toujours accompagnées par une femme plus âgée de leur famille afin de les soutenir durant le travail obstétrical ainsi que durant l'accouchement. Afin d'accélérer le travail, elles se mobilisaient beaucoup.

En conséquent, d'après 10 sages-femmes interrogées, cette expérience leur a permis d'être plus à l'écoute de la physiologie et de développer leur capacité d'adaptation face aux accouchements sans péridurale.

→ L'accouchement sans péridurale

En effet, les **sages-femmes C, F et H** déclarent se sentir plus à l'aise pour la prise en charge des femmes souhaitant accoucher sans péridurale alors que pour la **sage-femme C**, avant son séjour à Mayotte, les accouchements sans péridurale la mettaient réellement en difficulté. La **sage-femme F** ajoute également que sa prise en charge de la douleur durant le pré-travail est meilleure qu'auparavant. Toutefois, elle précise que les accouchements sans péridurale en métropole sont légèrement différents car les femmes expriment davantage la douleur contrairement aux femmes mahoraises. De plus, les **sages-femmes C et H** disent être capables d'accompagner les femmes durant l'accouchement dans différentes positions autres que la position gynécologique conventionnelle. Elles ajoutent également que certaines de leurs collègues n'ayant pas travaillé à Mayotte, se sentent encore mal à l'aise sur l'accouchement sans péridurale, malgré de nombreuses années d'expérience.

→ L'écoute de la physiologie

Selon les **sages-femmes I et O**, une femme ayant une grossesse physiologique peut accoucher naturellement sans aide médicale en respectant la physiologie de l'accouchement. Elles se sentent beaucoup plus adaptées sur le suivi du travail physiologique depuis leur retour en France métropolitaine. De même, les **sages-femmes E et L** se sentent plus à l'écoute de la physiologie. En effet ces dernières années, le retour à la physiologie durant l'accouchement est un sujet très médiatisé. Par exemple, Amina Yamgnane, gynécologue-obstétricienne, décrit dans son livre, « *Une approche relationnelle de l'accouchement* », que l'échange entre les professionnels de santé et les femmes est essentiel afin de répondre le plus favorablement possible à l'attente de la patiente. Les soignants doivent être capables de faire preuve d'écoute notamment durant la grossesse afin de préparer au mieux l'accouchement des femmes enceintes (37).

Toutefois, le fait que certaines sages-femmes estiment être davantage en capacité d'accompagner les femmes enceintes durant le travail est interpellant car à Mayotte, les femmes enceintes étaient accompagnées par un membre de leur famille et se présentaient tardivement à la maternité. En conséquent, les sages-femmes étaient peu présentes durant le travail. De ce fait,

il pourrait être intéressant d'approfondir davantage le sujet en s'interrogeant sur les moyens mis en place par ses sages-femmes afin de répondre au mieux aux besoins des femmes enceintes.

→ Un impact important sur la pratique en maison de naissance

Les **sages-femmes A et N** exercent en maison de naissance depuis leur retour en France métropolitaine. Or d'après ces sages-femmes, cette expérience à Mayotte leur a permis d'être plus confiantes dans leur pratique car elles ont pu voir de nombreux accouchements sans péridurale contrairement aux maternités conventionnelles en France métropolitaine. Ainsi, elles sont en capacité de distinguer la physiologie de la pathologie durant le travail et l'accouchement sans péridurale.

En maison de naissance, les médecins ne sont pas sur place, toutefois les transferts vers la maternité se réalisent en moins de 5 minutes. De plus, elles assurent un suivi très régulier de leurs patientes tout au long de la grossesse leur permettant de repérer les facteurs de risque pour l'accouchement. Par conséquent, cela leur permet de relativiser sur les risques de l'accouchement en maison de naissance contrairement aux maternités périphériques à Mayotte. En revanche concernant l'accouchement sans péridurale, elles précisent que contrairement en maison de naissance, la plupart des femmes mahoraises avaient l'habitude d'accoucher en position gynécologique.

→ Une remise en question sur l'enseignement de la physiologie durant les études de sages-femmes

La **sage-femme A** ajoute également que cette expérience à Mayotte lui a permis d'apprendre à faire confiance aux femmes en étant moins interventionnelle lorsque tout se déroule de façon physiologique. Selon cette sage-femme, durant les études de maïeutiques, les étudiants apprennent à agir face aux situations pathologiques mais rien ne leur est enseigné sur la pratique lorsque tout se déroule de façon physiologique. En conséquent, d'après cette sage-femme, il faut savoir ne pas créer de problème quand il n'y a en a pas en donnant l'exemple des sages-femmes manipulant de façon persistante le périnée durant les efforts expulsifs.

Or, un mémoire de fin d'étude a été écrit par Tessier Fanny, sage-femme, portant sur la formation initiale de l'étudiant sage-femme à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique. L'échantillon était composé de 156 sages-femmes jeunes diplômés ayant été formées dans différentes écoles de France métropolitaine. Il en est ressorti que 73,1% des sages-

femmes interrogées n'avaient eu que très rarement l'opportunité de gérer le travail physiologique d'une patiente et 9,6% d'entre elles n'avaient jamais eu cette opportunité. De plus, concernant la formation théorique sur le travail et de l'accouchement physiologique, 45,5% des sages-femmes étaient « plutôt » satisfaites et 38,5% n'étaient « plutôt pas » satisfaites (38).

En conséquent, nous pouvons constater à partir de cette étude et des propos de la sage-femme A, que les étudiantes sages-femmes ont peu d'opportunité pour le suivi du travail et de l'accouchement physiologique sur leur lieu de stage. Toutefois, la satisfaction de l'enseignement théorique de la physiologie est partagée chez les sages-femmes.

Nous pouvons ainsi prétendre que certaines sages-femmes souhaitent exercer à Mayotte après l'obtention de leur diplôme pour éventuellement répondre au besoin de se perfectionner sur la physiologie.

E) Une période de réadaptation nécessaire pour certaines prises en charge : grossesses pathologiques, déclenchements, césariennes et travaux sous analgésie péridurale

Les **sages-femmes D, G, M et O** déclarent avoir eu besoin d'une période de réadaptation afin d'assurer un suivi optimal des grossesses pathologiques et des déclenchements en France métropolitaine. En effet à Mayotte, lors de pathologies durant la grossesse, les femmes étaient hospitalisées à la maternité de Mamoudzou. Par conséquent, les sages-femmes prenaient uniquement en charge les femmes ayant une grossesse physiologique et aucun déclenchement n'avait lieu au sein des maternités périphériques. Tout de même, les sages-femmes devaient être capable de dépister les pathologies afin d'orienter les patientes vers la maternité de Mamoudzou. De plus lors des entretiens, certaines sages-femmes affirment avoir dû faire face à des urgences peu courantes en France métropolitaine, notamment, des éclampsies et des grossesses extra-utérines très avancées entraînant des arrêts cardiaques car certaines patientes consultaient tardivement.

En conséquent, nous pouvons supposer que certaines sages-femmes doivent être plus aguerries pour faire face à de pathologies peu répandues en métropole entraînant une urgence vitale pour la mère. Toutefois, elles n'ont pas pu développer leur pratique professionnelle sur le suivi des grossesses pathologiques comme la prééclampsie, la cholestase, la menace d'accouchement prématurée ou encore la rupture prématurée de la poche des eaux.

Un temps d'adaptation a également été nécessaire pour le suivi d'un travail sous analgésie péridurale car à Mayotte, les femmes accouchant en maternité périphérique n'avaient pas accès à ce dispositif. En conséquent, les femmes mahoraises étaient actrices de leur accouchement, elles savaient quand débiter les efforts expulsifs. Tandis qu'une femme accouchant avec une péridurale a besoin d'être davantage guidée par la sage-femme.

F) Un impact sur le lieu d'activité

Pour certaines sages-femmes et plus particulièrement celles ayant exercé plus de 5 ans à Mayotte, leur expérience à Mayotte semblerait orienter leur lieu d'exercice en France métropolitaine. En effet, au sein de notre étude, 4 sages-femmes ont exercé plus de 5 ans à Mayotte. Or parmi ces sages-femmes, 2 sages-femmes pratiquent uniquement des échographies de dépistage et pour l'une d'elles, en plus des consultations prénatales, une sage-femme exerce en maison de naissance et une sage-femme travaille dans une maternité de niveau 1. En revanche, les 12 autres sages-femmes, ayant exercé moins de 5 ans à Mayotte, travaillent toutes en milieu hospitalier notamment en salle de naissance, excepté une sage-femme exerçant en maison de naissance.

En effet, après 6 années passées à Mayotte, la **sage-femme J** a fait le choix de devenir sage-femme échographe en libéral car elle estime que dans le milieu hospitalier en métropole, la prise en charge des patientes n'est pas aussi globale qu'à Mayotte. De plus, la **sage-femme M**, ayant travaillé 13 ans à Mayotte, déclare être très satisfaite d'exercer dans une maternité de niveau 1 car ce sont des petites structures en conséquent sa pratique s'apparente davantage à celle de Mayotte en maternité périphérique. Selon elle, travailler dans une maternité de niveau 3 ne pourrait plus être envisageable.

Toutefois cet impact peut être contesté car nous savons que dans la profession de sage-femme, plus les années d'exercices sont importantes, plus les sages-femmes s'orientent vers une pratique autre que la salle de naissance. Or dans notre situation, les 4 sages-femmes ayant exercé plus de 5 ans à Mayotte avaient entre 39 ans et 45 ans. En conséquent, il est difficilement envisageable d'admettre que cette expérience à Mayotte soit la seule raison de ce choix d'exercice.

Nous avons également pu constater que parmi les sages-femmes interrogées, beaucoup d'entre elles avaient des projets pour la suite de leur carrière professionnelle. En effet, 9 sages-femmes souhaiteraient travailler à nouveau dans un DOM TOM et 3 sages-femmes seraient intéressées par des missions humanitaires. En conséquent, cette expérience entraîne sûrement

de nouvelles perspectives de carrière, cependant de nombreux facteurs ont probablement influencé ces projets.

De plus, 8 sages-femmes envisagent de faire des formations complémentaires ou passer un diplôme universitaire notamment celui portant sur l'échographie fœtale évoqué par 4 sages-femmes. Nous pouvons prétendre que la pratique de l'échographie aux urgences gynécologiques et obstétricales à Mayotte a été appréciée par certaines sages-femmes et ainsi elles souhaitent davantage se former dans ce domaine. Toutefois, nous avons aussi conscience que de nombreuses sages-femmes souhaitent se former davantage au cours de la carrière notamment en échographie fœtale. Or avec notre étude, nous ne pouvons pas savoir si les souhaits de formation sont plus importants chez les sages-femmes ayant exercé à Mayotte que dans la population générale. Par conséquent, il nous est impossible de confirmer cet argument.

3) Axes de réflexion

A) L'utilisation de la ventouse Kiwi® par les sages-femmes

Nous avons pu constater dans nos recherches bibliographiques que les sages-femmes étaient habilitées à pratiquer les ventouses Kiwi® lors d'anomalie du rythme cardiaque fœtal avec une présentation engagée partie basse dans le bassin. Ces propos ont été confirmés par les sages-femmes interrogées. Ce geste ne faisant pas partie des compétences des sages-femmes en France métropolitaine, nous pouvons nous interroger sur la possibilité et l'intérêt de la réalisation de ce geste par les sages-femmes métropolitaines. En conséquence, la question a été posée à toutes les sages-femmes interrogées exceptée l'une d'elles car cette compétence n'était pas encore autorisée au moment de son expérience à Mayotte.

Suite à cette question, 9 sages-femmes se sont montrées plutôt favorables car c'est un geste relativement simple à réaliser. Toutefois, la plupart d'entre elles pensent que ce geste devrait être très réglementé comme à Mayotte et plus approprié dans les maternités de niveau I où l'obstétricien est rarement présent la nuit. Toutefois 5 sages-femmes avaient un avis plutôt défavorable face à cette pratique car selon elles, cette compétence ne fait plus partie de la physiologie, en conséquence c'est à l'obstétricien de pratiquer une extraction par la ventouse Kiwi®. Une sage-femme n'a pas souhaité se prononcer sur cette question car elle n'avait pas eu l'occasion de réaliser ce geste à Mayotte.

Nous pouvons constater que les points de vue sont partagés. En effet, depuis quelques années, les avis concernant l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes ne

cessent d'être divisés. En effet, avant l'acquisition de nouvelles compétences entraînant des responsabilités supplémentaires, certaines sages-femmes revendiquent une reconnaissance plus importante de leur profession. D'après la **sage-femme G**, il faudrait tout d'abord augmenter la rémunération des sages-femmes avant de leur attribuer de nouvelles compétences. De plus, nous pouvons nous interroger sur l'avis des gynécologues-obstétriciens portant sur l'utilisation de la ventouse Kiwi® par les sages-femmes. Or, nous pouvons présager que les avis seraient très partagés. En effet, actuellement la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par les sages-femmes est un sujet très controversé tant par les sages-femmes que par les gynécologues-obstétriciens.

B) L'autonomie de la sage-femme

Durant ces entretiens, toutes les sages-femmes ont fait part de leur autonomie importante au sein des maternités périphériques. C'était une expérience très enrichissante permettant de développer leur pratique professionnelle et de découvrir une pratique plus physiologique de l'accouchement. En effet selon la **sage-femme F**, les maternités périphériques à Mayotte sont les lieux d'exercices les plus épanouissants qu'il puisse exister pour une sage-femme appréciant l'autonomie. Toutefois, 4 sages-femmes relatent une perte de chance pour les patientes en raison de la durée nécessaire pour réaliser un transfert et le manque d'observance de certaines patientes sur leur suivi de grossesse.

En France métropolitaine, aucune structure de ce type existe. Toutefois, son fonctionnement se rapproche de celui des maisons de naissance. En effet, ce sont des établissements gérés exclusivement par des sages-femmes permettant à des femmes enceintes sans facteur de risque pour l'accouchement, d'accoucher dans un environnement propice au respect de la physiologie avec un accompagnement personnalisé, tout en étant à moins de 5 minutes de la maternité en cas d'urgence. En conséquent, le développement des maisons de naissance en France ne serait-ce pas l'avenir pour l'épanouissement des sages-femmes appréciant leur autonomie et l'écoute de la physiologie obstétricale ?

CONCLUSION

Afin de connaître l'impact sur les pratiques professionnelles des sages-femmes ayant travaillé dans une maternité périphérique à Mayotte après leur retour en France métropolitaine, nous avons interrogé 16 sages-femmes ayant travaillé au minimum une année en maternité périphérique à Mayotte durant ces 10 dernières années et ayant repris leur activité en France métropolitaine depuis 1 an ou plus.

A l'issue de cette étude, nous avons pu constater que cette expérience permet aux sages-femmes de développer leur pratique professionnelle avec notamment une prise de confiance en soi permettant d'acquérir une autonomie plus conséquente mais aussi un développement du sens clinique et un perfectionnement des gestes techniques plus particulièrement sur les situations d'urgence. Cependant, un sentiment de frustration face à la réduction du champ de compétences en France métropolitaine peut se faire ressentir par certaines sages-femmes. De plus, pratiquant à Mayotte principalement des accouchements physiologiques sans péridurale certaines sages-femmes ont besoin d'un temps d'adaptation pour se réhabituer à la prise en charge des grossesses pathologiques, des déclenchements du travail obstétrical ainsi qu'aux suivis de travail sous analgésie péridurale.

Cette expérience permet également à certaines sages-femmes de développer leur capacité d'adaptation face aux femmes de cultures différentes et d'être plus à l'écoute de la physiologie durant le travail obstétrical et l'accouchement notamment en l'absence d'analgésie péridurale.

Nous avons fait le choix de réaliser cette étude sur les sages-femmes ayant exercé dans les maternités périphériques de Mayotte, toutefois il pourrait être intéressant de réaliser cette même étude sur les sages-femmes ayant exercé dans la maternité principale de Mayotte à Mamoudzou afin de voir si l'impact sur la pratique professionnelle est similaire.

De plus, dans notre étude, nous nous sommes intéressées uniquement à l'impact de cette expérience professionnelle sur leurs pratiques professionnelles. En revanche, il pourrait être intéressant d'étudier le profil de ces sages-femmes décidant d'exercer à Mayotte et d'en analyser leurs motivations tout en les comparant à leur retour d'expérience.

BIBLIOGRAPHIE

1. Histoire et Géographie / Découvrir Mayotte / Culture, Tourisme et Patrimoine / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État à MAYOTTE. 14 août 2015. [en ligne]. <http://www.mayotte.gouv.fr/Politiques-publiques/Culture-Tourisme-et-Patrimoine/Découvrir-Mayotte/Histoire-et-Geographie>. Consulté le 14 juin 2020
2. Richard-Guerroudj N. Mayotte : l'exception périnatale. Profession sage-femme. Numéro 253, Mars 2019, pages 16-23
3. Caminade P. Comores-Mayotte : une histoire néocoloniale. Agones. 2010.
4. Marie C-V, Breton D, Crouzet M. Mayotte : plus d'un adulte sur deux n'est pas né sur l'île. Population Sociétés. Numéro 560, Octobre 2018, pages 1-4
5. Goin A. A Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère. Insee Première. Numéro 1737, Février 2019, pages 1-4
6. Seguin S, Thibault P. Migrations, natalité et solidarités familiales. La société de Mayotte en pleine mutation. Insee. Numéro 12, Mars 2017, pages 1-6
7. Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis. 18 juillet 2021. [en ligne]. <https://www.senat.fr/rap/r11-675/r11-6753.html>. Consulté le 14 novembre 2020
8. Math A, Duflo M. Fantômes et réalités démographiques. Plein droit. Numéro 120, Janvier 2019, pages 16-19 28
9. Masson E. Donner naissance à Mayotte. Vocation sage-femme. Volume 18, Numéro 138, Juin 2019, pages 12-27
10. Boé J. Enquête Emploi Mayotte 2019. Un taux de chômage de 30%. Insee Flash. Numéro 98, Novembre 2019, pages 1-2
11. Boé J. Les décès à Mayotte en 2016. Surmortalité des enfants et des femmes de 60ans et plus. Insee Flash. Numéro 68, Mai 2018, pages 1-2
12. Hébert J-C, Hébert O. Parentalité à Mayotte. Parents et bébés du monde. ERES. 2011, pages 79-104
13. Roinsard N. La régulation sociale de la pauvreté féminine à Mayotte. Carnets de recherches de l'océan Indien. Numéro 5. Aout 2020, pages 22-35
14. Ahmed-Chamanga M. Quelques notes sur les pratiques sexuelles dans la société comorienne. Études océan Indien. Numéro 45. Décembre 2010, pages 117-131
15. Gomard M. Facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte. Enquête auprès des femmes consultant en dispensaire. Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier. 2017, 67p
16. Ferré N. Quand la polygamie est entrée dans la loi. Plein droit. Volume 4, Numéro 51, 2001, pages 8-9
17. Fournand A. Le corps des femmes, enjeu géopolitique. Le cas mahorais. Géographie et cultures. Numéro 68. Décembre 2008, pages 63-80
18. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire N° DGS/PP4/2012/328 du 31 août 2012 relative aux conditions d'utilisation du placenta, du cordon ombilical et des cellules qui les constituent. 4p
19. Ahmed Z. Transmission des savoirs et des techniques du corps en périnatalité. Spirale. Volume 3, Numéro 87, Décembre 2018, pages 56-63

20. Lepoutre B, El Amrani K, Aubert J.P. Le flux menstruel : représentations à travers les temps et les cultures. *Vie professionnelle*. Volume 5, Numéro 9, Novembre 2009, pages 427-429
21. Etat des lieux et programme d'action sur l'accès à la contraception à Mayotte. ARS Océan Indien. 2019. 83p
22. Mbugua W. Les femmes et la santé. *La famille africaine*. 1999, pages 195-220
23. Boé J. Bilan démographique 2018 à Mayotte. Les naissances baissent légèrement. *Insee Flash*. Numéro 91, Septembre 2019, pages 1-2
24. Rapport d'observations définitives sur les maternités du centre hospitalier de Mayotte. Chambre régionale des comptes. Juin 2015, 55p
25. Rapport de certification centre hospitalier de Mayotte. Haute autorité de santé. Septembre 2019, 66p
26. Losq LL. La responsabilité médicale de la sage-femme. 2016, 105p
27. Les compétences générales des sages-femmes. *Code de la santé publique*. 28 octobre 2015.
28. Échographie – Collège National des Sages-femmes de France. 25 octobre 2019. [en ligne]. <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/echographie/>. Consulté le 17 octobre 2020
29. Berland Y. Les sages-femmes une profession en mutation. Mai 2016, 239p
30. Gueneuc A, De Garnier J, Dommergues M, Rivière M, Ville Y, Chalouhi GE. Impact de l'intégration de la simulation en échographie obstétricale dans le cursus des étudiants sages-femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. Volume 47, Issue 11, Novembre 2019, pages 776-782
31. Sages-femmes : les chiffres clés 2020 – MACSF. 2 février 2021. [en ligne] : <https://www.macsf.fr/actualites/chiffres-cles-sages-femmes>. Consulté le 13 avril 2021
32. Famery S. *Avoir confiance en soi*. Paris : Edition Eyrolles. 2015, 150p
33. Référentiel métier et des compétences des sages-femmes. *Ordre des sages-femmes*. Janvier 2010, 34p
34. Begon R. Le risque médico-légal en salle de naissance : connaissances et ressenti des sages-femmes hospitalières : étude multicentrique descriptive réalisée au sein de neuf établissements du Réseau Méditerranée. 2017, 51p
35. Phaneuf M. L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture (3^e partie). 2009, 25p
36. Lecocq S. Compétences interculturelles en Maïeutique : des missions humanitaires internationales à la pratique professionnelle en France. 2020, 107p
37. Yamgnane A. Une approche relationnelle de l'accouchement. *Travail, genre et sociétés*. Numéro 39, 2018, pages 187-192
38. Tessier F. Formation initiale de l'étudiant sage-femme à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique : enquête auprès des jeunes diplômés. 2018, 82p

Annexe I : guide d'entretien

« Quelles sont les répercussions identifiées sur les pratiques professionnelles des sages-femmes en France métropolitaine, après avoir exercé leur profession dans une maternité périphérique à Mayotte ? »

Parcours professionnel :

- Année de l'obtention du diplôme
- Ecole de formation
- Formations complémentaires
- Secteur d'exercice avant et après l'expérience professionnelle à Mayotte (hospitalier ou libéral, type de maternité, lieu...)

Pouvez-vous me décrire votre expérience au sein de la maternité périphérique dans laquelle vous avez travaillé ?

- Dates
- Durée
- Activités réalisées (bloc obstétrical, suites de couches, admissions obstétricales, consultations prénatales, consultations gynécologiques...)
- Types de professionnels présents dans la maternité périphérique
- Caractéristiques des femmes enceintes (niveau socio-économique, culture...)

Qu'avez-vous pensé de vos conditions de travail et de vos pratiques dans cette maternité périphérique ?

- Conditions de travail favorables ou non (effectifs, locaux, matériels)
- Pratiques similaires à celles de la France métropolitaine ou non
- Compétences supplémentaires ?
- Sentiment de dépasser le champ de compétences de la profession ?
- Difficultés rencontrées ou non face à cela

Comment avez-vous vécu votre reprise d'activité en France métropolitaine ? Cette expérience a-t-elle eu un impact sur votre pratique professionnelle ?

- Difficultés rencontrées ou non pour se réadapter
- Bénéfices apportés sur votre pratique professionnelle
- Changements ressentis (pratique, confiance en soi, relationnel, prise en charge)
- Evolution de carrière envisagée (formations complémentaires, expériences dans d'autres DOM-TOM, missions humanitaires...)
- Points positifs et négatifs de cette expérience

ANNEXE II : synthèse des entretiens

Présentation générale des sages-femmes participant à l'étude

	Âge	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'études	Parcours professionnel par ordre chronologique	Formations complémentaires
SF A	25 ans	2018	Toulouse	Maternité périphérique à Mayotte (1 an) Maison de naissance (depuis été 2019)	Formation sur la méthode N'feraïdo
SF B	28 ans	2017	Rennes	Maternité niveau 2A (4 mois) Maternité périphérique à Mayotte (15 mois) Maternité niveau 1 puis 2 (depuis 2019)	Aucune
SF C	26 ans	2017	Toulouse	Maternité périphérique à Mayotte (1 an) Clinique (depuis été 2018)	Aucune
SF D	26 ans	2018	Toulouse	Maternité périphérique à Mayotte (1 an) Maternité niveau 2A (2 mois) Clinique niveau 2B (6 mois) Maternité niveau 2B (depuis 2020)	DU en infectiologie
SF E	30 ans	2014	Dijon	Maternité périphérique à Mayotte (2 ans) Maternité niveau 1 (2 ans) Maternité niveau 2 (depuis 2018)	Formation en sophrologie

	Âge	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'études	Parcours professionnel par ordre chronologique	Formations complémentaires
SF F	30 ans	2011	Toulouse	<p>Maternité périphérique à Mayotte (3 ans et demi)</p> <p>Arrêt de la profession (1 an)</p> <p>Mission humanitaire au Soudan (4 mois)</p> <p>Maternité de niveau 3 (depuis 2018)</p>	DU en prévention gynécologique et contraception
SF G	28 ans	2016	Caen	<p>Maternité périphérique à Mayotte (3 ans)</p> <p>Maternité niveau 1 : PNP/ CPN (3 semaines)</p> <p>Maternité niveau 2B (10 mois)</p>	DU en infectiologie
SF H	34 ans	2009	Tour	<p>Maternité niveau 3 (3 mois)</p> <p>Maternité périphérique à Mayotte (2 ans)</p> <p>Maternité niveau 1 (3 mois)</p> <p>Remplacement libéral (1 an et demi)</p> <p>Clinique (6 mois)</p> <p>Maison périnatale : bloc, suites de couches, CPN (depuis 2014)</p>	<p>DU en santé précarité</p> <p>DU en gynécologie</p> <p>Formation avec gynécologie sans frontières</p> <p>Formation en rééducation périnéale</p> <p>Formation sur la méthode N'feraïdo</p> <p>Formation à l'écoute</p> <p>Formation sur le chant prénatal</p> <p>Formation sur la naissance physiologique</p>

	Âge	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'études	Parcours professionnel par ordre chronologique	Formations complémentaires
SF I	36 ans	2008	Rennes	<p>Maternité niveau 1 (2 ans)</p> <p>Guyane : HAD (2 ans) + dispensaire isolé (1 an)</p> <p>Maternité périphérique à Mayotte (2 ans et demi)</p> <p>Maternité niveau 2 (2 ans)</p> <p>Libéral (depuis 1 an et demi)</p>	<p>DU en médecine tropicale et humanitaire</p> <p>DU d'échographie fœtale</p> <p>DU de gynécologie et contraception</p>
SF J	45 ans	1998	Bourg-en-Bresse	<p>Suisse : suites de couches, bloc, gynécologie (4 mois)</p> <p>Clinique (7 ans)</p> <p>Centre périnatal : suites de couches, CPN, allaitement, PNP (6 mois)</p> <p>Mayotte : PMI (1 an), dispensaires (3 ans et demi), maternité périphérique (3 ans)</p> <p>Echographiste en libéral (depuis 5 ans)</p>	<p>DU d'échographie fœtale</p> <p>DU de médecine fœtale</p> <p>Formation en rééducation du périnée</p> <p>Formation en ostéopathie</p>

	Âge	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'études	Parcours professionnel par ordre chronologique	Formations complémentaires
SF K	31 ans	2014	Toulon	Maternité niveau 2B (9 mois) Maternité périphérique à Mayotte (3 ans) Maternité niveau 2A (depuis été 2018)	Aucune
SF L	27 ans	2017	Toulouse	Maternité périphérique à Mayotte (15 mois) Maternité niveau 3 (depuis fin 2018)	Aucune
SF M	39 ans	2003	Dijon	Maternité de niveau 2 (2 ans) Mayotte : Centre Hospitalier de Mamoudzou (11 mois), dispensaire (4 ans), maternité périphérique (8 ans) Maternité niveau 1 (depuis 2018)	DU en médecine tropicale DU de pédiatrie en maternité
SF N	43 ans	2001	Lille	Maternité niveau 3 (7 ans) Maternité niveau 1 : bloc + consultations en allaitement + participation au projet IHAB (1 an et demi) Mayotte : maternité périphérique (6 ans) + libéral (1 an) Maison de naissance (depuis 2018)	DU d'acupuncture Formation en hypnose

	Âge	Année d'obtention du diplôme	Lieu d'études	Parcours professionnel par ordre chronologique	Formations complémentaires
SF O	28 ans	2016	Montpellier	<p>Maternité périphérique à Mayotte (2 ans)</p> <p>Maternité niveau 3 (3 mois), niveau 1 (11 mois) puis niveau 2A (depuis fin 2019)</p>	<p>Formation sur l'allaitement</p> <p>Formation sur le suivi du travail physiologique</p>
SF P	45 ans	1998	Paris	<p>Maternité niveau 1 (4 ans et demi)</p> <p>Mayotte : dispensaire (2 ans), maternité périphérique (16 ans)</p> <p>Maternité niveau 2 : CPN + échographies (depuis 2 ans)</p>	<p>DU de maladies parasitaires et tropicales</p> <p>DU d'échographie fœtale</p>

Conditions de travail au sein des maternités périphériques

	Conditions de travail (locaux, matériel, effectif)	Pratiques similaires à la métropole ou pas	Compétences supplémentaires	Sentiment de dépasser le champ de compétences de la sage-femme	Difficultés rencontrées
SF A	<p>Locaux : trop petits pour le nombre de patientes à accueillir</p> <p>Matériel : correct (or périodes de grève) → Perte de chance pour les patientes en raison des 30 minutes nécessaires pour transférer</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie ++ - Sens clinique ++ - Accouchements sans péridurale - Adaptation ++ - Anticipation ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> - Situations d'urgence - Echographies - Ventouses Kiwi® 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'impuissance face au contexte socio-économique - Situations d'urgence
SF B	<p>Locaux : bien agencés</p> <p>Matériel : très bien équipé (or périodes de grève)</p>	<p>OUI MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transferts ++ → anticipation (45 minutes de route) - Physiologie ++ - Exerce pleinement le métier de SF 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® 	<p>« Complètement »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestes techniques « borderline » : ventouses, Jacquemier, révisions utérines - Echographies en gynécologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Réanimation néonatale importante après rétention de tête sur un siège - Deux Jacquemier
SF C	<p>Matériel : très bien équipé</p> <p>→ Perte de chance pour les patientes en raison des 30 minutes nécessaires pour transférer</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup moins de protocoles qu'en métropole 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Liberté de prescription : médecins joignables seulement par téléphone - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® 	<p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exemple : HDD → prendre toutes les décisions seule 	<ul style="list-style-type: none"> - HDD
SF D	<p>Matériel : très bien équipé</p> <p>Effectif : correct (sauf la nuit si une SF partait en transfert)</p>	<p>OUI MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moins protocolisé - Autonomie ++ : prendre beaucoup de décisions 	<ul style="list-style-type: none"> - Echographies - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® 	<ul style="list-style-type: none"> - Echographies 	<ul style="list-style-type: none"> - Partie avec le SAMU pour un accouchement dans les bangas : rétention de tête → NN décédé

	Conditions de travail (locaux, matériel, effectif)	Pratiques similaires à la métropole ou pas	Compétences supplémentaires	Sentiment de dépasser le champ de compétences de la sage-femme	Difficultés rencontrées
SF E	<p>Matériel : correct</p> <p>Effectif : pas de médecin → isolement</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduites à tenir par téléphone - Très isolé : « tu mets ton diplôme en jeu » 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Nubain® / Kalinox® - Réanimation NN : pose de KTVO 	<p>« Clairement »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collègues qui coupaient des freins de langue 	<ul style="list-style-type: none"> - Se retrouver seule sans analgésie sur sa première HDD - Convulsions sur une rupture de trompe en raison d'une GEU - Eclampsie sévère
SF F	<p>Locaux : très propres</p> <p>Matériel : très bien équipé</p> <p>Effectif : correct</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très autonome - Pratique toutes les compétences de la SF - Une certaine liberté dans la gestion de la physiologie - Un suivi des patientes au cours de la grossesse - Possibilité de faire les échographies aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® 	<p>« Pas vraiment, mais tu fais des choses que tu ne feras jamais en métropole »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poser des indications de transfert - Réanimations néonatales 	<ul style="list-style-type: none"> - Annonce de MFIU - Accouchement d'un NN pesant 5,2 kg - Massage cardiaque sur une patiente dû à une GEU
SF G	<p>Matériel : très bien équipé</p> <p>Effectif : quelques difficultés de recrutement</p> <p>→ Perte de chance pour les patientes si besoin d'une césarienne en urgence</p>	<p>OUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocoles pratiquement similaires à la métropole 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Prise en charge des urgences gynécologiques (échographies) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fausses-couches hémorragiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Une réanimation néonatale difficile en étant diplômée depuis peu de temps - HDD

	Conditions de travail (locaux, matériel, effectif)	Pratiques similaires à la métropole ou pas	Compétences supplémentaires	Sentiment de dépasser le champ de compétences de la sage-femme	Difficultés rencontrées
SF H	<p>Matériel : très bien équipé</p> <p>Effectif : manque la présence des médecins</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF ayant des pratiques différentes car venant de régions différentes 	<p>NON</p> <p>→ Ventouses Kiwi® : pas encore autorisées</p>	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'exercer toutes les compétences de la SF (DARU, dystocies des épaules) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dystocies des épaules - Réanimations néonatales - Eclampsie - Transfert d'une procidence
SF I	<p>Locaux : très récents</p> <p>Matériel : très bien équipé</p> <p>Effectif : correct</p>	<p>OUI MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accouchements sans péridurale - Autonomie ++ - Anticipation ++ - Prise de décisions ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Echographies 	<ul style="list-style-type: none"> - Pose de KTVO - Intubation - DARU - HDD → Gestes autorisés mais rarement pratiqués en métropole 	<ul style="list-style-type: none"> - HRP : MFIU dans l'ambulance - Choc septique d'un NN
SF J	<p>Matériel : très bien équipé</p> <p>Effectif : dépendant de l'activité</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie, liberté ++ - Accouchements sans péridurale - SF : place cruciale et prépondérante reconnue par tout le monde - Pratique globale 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Nalador® 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des grossesses pathologiques avec seulement des CAT par téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - Une réanimation néonatale compliquée - Au début, difficultés à gérer seule une activité importante en dispensaire - Accouchement à domicile - Annonces de MFIU, de fausses-couches

	Conditions de travail (locaux, matériel, effectif)	Pratiques similaires à la métropole ou pas	Compétences supplémentaires	Sentiment de dépasser le champ de compétences de la sage-femme	Difficultés rencontrées
SF K	<p>Matériel : très correct (sauf périodes de grève)</p> <p>Effectifs : correct</p>	<p>OUI MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup d'anticipations 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Gérer seule les vomissements gravidiques - Gérer seule les sorties de maternité pour les césariennes - Echographies 		<ul style="list-style-type: none"> - HDD - Transferts : ARCF, HRP, procidences → Perte de chance pour les patientes
SF L	<p>Matériel : très correct (excepté en périodes de grève et une seule ambulance à disposition pour transférer)</p> <p>Effectif : correct</p>	<p>OUI MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Echographies - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® 	<ul style="list-style-type: none"> - Rétention de tête sur un siège 	<ul style="list-style-type: none"> - Suspicion de coarctation de l'aorte pour un NN : 1h30 avant l'arrivée des médecins
SF M	<p>Locaux : très récents</p> <p>Matériel : très correct</p> <p>Effectifs : dépendant du nombre de sages-femmes sur l'île</p>	<p>OUI MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seule sans médecin - Dépassement du champ de compétences 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Prescriptions faites par un médecin oralement par téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - Situations d'urgence - PEC des fausses-couches → Gestes autorisés mais rarement pratiqués en métropole 	<ul style="list-style-type: none"> - Décès d'un NN sur une dystocie des épaules - Echographies en début de grossesse → « Difficile car personne en deuxième ligne »

	Conditions de travail (locaux, matériel, effectif)	Pratiques similaires à la métropole ou pas	Compétences supplémentaires	Sentiment de dépasser le champ de compétences de la sage-femme	Difficultés rencontrées
SF N	<p>Locaux : très récents</p> <p>Matériel : très bien équipé</p> <p>Effectif : correct</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiologie : pas de monitoring en continu, accouchements sans péridurale (toutefois les femmes avaient l'habitude de se mettre sur le dos) - Pratiques différentes en raison de la culture : peu de peau à peau à la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® 	<p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annonces de MFIU - Durant les urgences : éclampsie - Prescriptions médicamenteuses - PEC de tous les diabètes gestationnels pendant la grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Dystocies des épaules - GEU, fausses-couches hémorragiques - Naissance à terme d'un NN avec une anencéphalie : aucun accompagnement mis en place
SF O	<p>Locaux : très récents mais manque de chambres</p> <p>Matériel : correct sauf l'ambulance en mauvais état → conditions de transfert inadaptées</p> <p>Effectif : insuffisant</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup d'urgences gynécologiques - Accouchements physiologiques sans péridurale - Peu d'accompagnement psychologique en suites de couches 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Beaucoup de consultations pathologiques - CAT par téléphone sans preuve écrite - Les SF orientaient beaucoup les CAT 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Une réanimation maternelle dû à une éclampsie - Réanimations néonatales : intubation, pose de KTVO 	<ul style="list-style-type: none"> - Devoir programmer et assurer le suivi des grossesses pathologiques - Echographies
SF P	<p>Locaux : très bien</p> <p>Matériel : correct (excepté en périodes de grève)</p> <p>Effectif : variable selon les périodes → turn over important donc difficile de devoir former les nouvelles SF</p>	<p>NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de péridurale - Barrière de la langue - Autonomie ++ : prise de décisions, gestes techniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventouses Kiwi® - Pose de Bakri® - Gestion des fausses-couches - Hospitalisations de certaines femmes faisant une MAP ou une pyélonéphrite sans présence de médecin 	<ul style="list-style-type: none"> - Gérer deux décès maternels 	<ul style="list-style-type: none"> - Question du transfert ou pas : ARCF à 9cm, siège à 4cm - HDD, fausses-couches

Impact sur la reprise d'activité en France métropolitaine

	Difficultés pour se réadapter	Bénéfices sur la pratique professionnelle	Points positifs de cette expérience	Points négatifs de cette expérience
SF A	<p align="center">NON :</p> <p>→ Souhaitait travailler en maison de naissance depuis longtemps</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi et aux femmes - Apprendre à ne rien faire quand ce n'est pas nécessaire : laisser faire la physiologie - Capable de gérer toutes les situations compliquées - Bénéfice d'avoir vécu beaucoup de situations complexes - Développement du sens clinique, des compétences médicales et des gestes techniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi, à ses collègues et aux patientes - Importance du travail en équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de Centre Hospitalier de Mayotte - L'encadrement
SF B	<p align="center">OUI :</p> <p>→ Stressant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « retrouver sa place de SF dans cette hiérarchie SF/gynéco » - Savoir quand appeler le médecin : limite entre la physiologie et la pathologie - Poids du médico-légal ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi (pratique, clinique), aux collègues et aux femmes - Diminution du stress sur les situations d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Très sympathique et formatrice - A beaucoup appris 	Aucun

	Difficultés pour se réadapter	Bénéfices sur la pratique professionnelle	Points positifs de cette expérience	Points négatifs de cette expérience
SF C	<p>OUI :</p> <p>« 6 mois pour s'en remettre »</p> <p>- Gynécologues omniprésents : compliqué de devoir toujours demander son avis → prenait trop de liberté au début</p>	<p>- Autonomie : « savoir compter sur soi-même et personne d'autre »</p> <p>- Physiologie : accouchements sans péridurale quelle que soit la position</p>	<p>- Mode d'exercice avec des situations rencontrées qui n'existent pas en métropole</p> <p>- Très formateur : permet de progresser très rapidement en raison de l'autonomie</p> <p>- Ouverture d'esprit</p>	<p>- Les risques engendrés en cas de problème</p>
SF D	<p>OUI :</p> <p>- Appréhension de gérer à nouveau les césariennes et les poses de péridurale</p> <p>- Gérer les déclenchements, les pathologies</p> <p>- Moins d'autonomie</p> <p>- Beaucoup de protocoles</p>	<p>- Formateur ++</p> <p>- Confiance en soi</p> <p>- Ouverture d'esprit sur l'aspect culturel</p> <p>- Capable de gérer des accouchements sans péridurale</p>	<p>- Enrichissant</p> <p>- Gagne en expérience</p> <p>- Confiance en soi</p> <p>- Savoir qu'il existe d'autres manières de faire : « il n'y a pas que des protocoles partout »</p>	<p>Aucun</p>
SF E	<p>OUI :</p> <p>- Travailler avec des médecins qui sous-estiment les capacités des SF +++</p> <p>- Se réadapter à une pratique très structurée</p>	<p>- Meilleure gestion du stress</p> <p>- Capable de mieux communiquer dans l'urgence</p> <p>- Très à l'aise avec la physiologie, les accouchements sans péridurale : ne conçoit plus travailler dans un niveau 3</p> <p>- Un peu plus tolérante avec les patientes immigrées</p>	<p>- Formateur ++ : grandir en tant que SF</p> <p>- Autonomie</p> <p>- Travail en équipe</p> <p>- Acquérir une expérience que tu n'auras nulle part ailleurs : « forge en profondeur »</p>	<p>- Crainte de perdre son diplôme</p>

	Difficultés pour se réadapter	Bénéfices sur la pratique professionnelle	Points positifs de cette expérience	Points négatifs de cette expérience
SF F	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de se réapproprier les protocoles - Sentiment de perdre sa place de SF en devant demander régulièrement l'avis des médecins : perte d'autonomie - Apprendre à travailler avec beaucoup de personnels (internes, SF, médecins...) 	<ul style="list-style-type: none"> « L'impression d'avoir tout appris à Mayotte » - Ouverture d'esprit : capable de s'adapter à différents types de population - Sait gérer les situations d'urgence dont la réanimation néonatale - Capable de gérer les accouchements sans péridurale - A l'aise sur les échographies 	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre le métier de SF pur et dur - Mode d'exercice qui n'existe pas en métropole : autonomie ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Rester vigilant car les objectifs périnataux restent identiques à la métropole
SF G	<p>OUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gérer à nouveau des déclenchements, des grossesses pathologiques - Difficultés à trouver sa place au sein d'une grosse équipe - Médecins stressants - Se réhabituer à la présence du père pendant l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Très à l'aise et diminution du stress sur les situations d'urgence - Heureuse de pouvoir de nouveau communiquer avec les couples 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurance qui aurait mis beaucoup plus de temps à obtenir en métropole 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour difficile : stressée car difficulté à trouver sa place

	Difficultés pour se réadapter	Bénéfices sur la pratique professionnelle	Points positifs de cette expérience	Points négatifs de cette expérience
SF H	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés pour savoir quand appeler le médecin - Devoir se réadapter aux protocoles 	<ul style="list-style-type: none"> - Capable de gérer la douleur, les accouchements sans péridurale - Confiance en soi ++ - Meilleure adaptabilité - Meilleur sens de l'organisation lors d'une activité importante - Diminution du stress - Meilleure adaptation face aux cultures différentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement du sens clinique - Prise d'assurance - Prendre en charge des pathologies quasiment inexistantes en métropole 	<p>« Peut-être trop détendue »</p>
SF I	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travailler avec les médecins - Se réadapter à l'hyper-médicalisation - Petits contrats - Salaires peu élevés 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Développement du sens clinique - Meilleure anticipation : « développement du 6^{ème} sens de la SF » 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement du sens clinique - Expérience très formatrice et positive - Apprendre à se débrouiller avec ce qui est à disposition - Découvrir une autre pratique : « se rendre compte que le respect de la physiologie est mieux que la médicalisation » 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour un peu difficile - Pratiques très codifiées en métropole : checklists - Difficultés à travailler avec les médecins

	Difficultés pour se réadapter	Bénéfices sur la pratique professionnelle	Points positifs de cette expérience	Points négatifs de cette expérience
SF J	<p>OUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à trouver sa place parmi les médecins : ils sous-estiment les compétences des SF - Difficultés à repérer les patientes ayant une situation sociale et/ou psychologique préoccupante car les femmes à Mayotte étaient toutes concernées par cela. → Installation en libéral car la PEC à l'hôpital n'est pas aussi globale qu'à Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement du sens clinique - Autonomie ++ - Adaptabilité ++ - Meilleure écoute des patientes : permet de guider la PEC - Meilleure adaptation face aux différentes cultures 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptabilité - Autonomie - Exercer toutes les compétences de la SF - Découvrir la physiologie - Capable de gérer les pathologies - Découvrir une autre culture - Richesses des rencontres (patientes, SF) - Meilleure capacité à accompagner les gens 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de contact avec la population : barrière de la langue - Impuissance sur certaines situations sociales - Parfois se sentir en difficulté sur la PEC des pathologies - Echanges parfois compliqués avec les AP mahoraises : se retrouver au milieu d'une haine raciale
SF K	<p>OUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à retravailler avec des médecins qui manquent de confiance envers les SF : diminution de l'autonomie - Savoir quand appeler le médecin - Se réadapter aux accouchements sous péridurale : travail plus long - Protocoles très stricts : médico-légal +++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie ++ - Confiance en soi : capable de prendre des décisions - Davantage de connaissances - Meilleure adaptation face aux différentes cultures - A l'aise en échographie 	<ul style="list-style-type: none"> - Enrichissement professionnel et culturel 	<ul style="list-style-type: none"> - Délai important pour réaliser les transferts : manque de moyen → Perte de chance pour les patientes

	Difficultés pour se réadapter	Bénéfices sur la pratique professionnelle	Points positifs de cette expérience	Points négatifs de cette expérience
SF L	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se réapproprier les protocoles - Trouver sa place dans une équipe conséquente 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie ++ - Prise de confiance en soi ++ : diminution du stress - Développement du sens clinique - À l'écoute de la physiologie - Meilleur relationnel : à l'écoute des patientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Découvrir une nouvelle culture et des nouvelles collègues - Accompagnement de la physiologie et de l'accouchement sans péridurale - Année enrichissante professionnellement et personnellement 	<ul style="list-style-type: none"> - Précarité très importante de la population mahoraise
SF M	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne savait plus exactement les limites de ses compétences et quand appeler le médecin - Difficultés pour se réadapter aux déclenchements et aux accouchements sous péridurale 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi ++ - Perfectionnement sur les gestes techniques - Développement du sens clinique 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement du sens clinique +++ - Capable de prendre en charge des pathologies très avancés - Gérer la PEC des HDD 	<ul style="list-style-type: none"> - Pense être frustrée si elle aurait travaillé dans un CHU et non un niveau 1
SF N	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'installer en libéral - Réussir à trouver sa place parmi les médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Anticipation ++ - Confiance en soi car a vu des dizaines d'accouchements sans péridurale : permet de relativiser en maison de naissance - Capable de gérer des situations d'urgence seule - Dignité, respect des femmes ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Exercer pleinement les compétences de la SF - Travail en équipe : pas de tension entre l'hôpital, le libéral et la PMI contrairement à la métropole 	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux non adaptés pour le nombre de naissances

	Difficultés pour se réadapter	Bénéfices sur la pratique professionnelle	Points positifs de cette expérience	Points négatifs de cette expérience
SF O	<p>OUI +++ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à trouver sa place parmi tous les intervenants : ne savait pas qui appeler et quand appeler - Devoir se réadapter aux protocoles - Temps d'adaptation pour reprendre en charge des déclenchements et des accouchements sous péridurale 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie, prendre des responsabilités - Très à l'aise avec la physiologie ++ - Meilleure adaptation face aux différentes cultures - Développement du relationnel avec les patientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir être autonome - Être capable de s'occuper de toutes les patientes de façon physiologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépassement des compétences - Ne pas avoir eu de médecin le jour du décès maternel
SF P	<p>NON MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouver sa place durant les situations d'urgence avec un nombre important d'intervenants - Echographies : pression importante, poids du médico-légal ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi ++ - Développement du sens clinique → a travaillé longtemps à Mayotte donc difficile de faire la différence entre l'expérience professionnelle et Mayotte 	<ul style="list-style-type: none"> - Développe le raisonnement clinique - Anticipation 	<ul style="list-style-type: none"> - Situations d'urgence difficiles à gérer seule

	Evolution de carrière envisagée (DOM TOM, missions humanitaires, formations complémentaires)	Avis sur l'utilisation de la ventouse Kiwi® en métropole par les SF
SF A	- Travailler en Guyane - Formation avec gynécologue sans frontières - DU d'échographie	OUI MAIS : - Si on allonge la durée des efforts expulsifs et prise en compte de la parité, des contractions
SF B	- Travailler dans un autre DOM TOM ou faire de l'humanitaire	NON : - SF → physiologie - gynécologue → pathologie
SF C	- Peut-être travailler à Tahiti	Pas d'avis car geste jamais réalisé
SF D	- Travailler à la Réunion ou à Tahiti	NON : - Pas le rôle de la SF - Médecins sur place en métropole
SF E	- DU d'acupuncture - Peut-être travailler dans un autre DOM TOM	NON : - pas le rôle de la SF : physiologie
SF F	- Peut-être travailler dans un autre DOM TOM - Formation sur la grossesse pathologique - Formation sur les gestes de premiers secours	OUI MAIS : - Dans les maternités de niveau 1 - Devrait être très réglementée
SF G	- DU d'échographie fœtale	OUI MAIS : - Augmentation des salaires
SF H	- Peut-être faire de l'humanitaire ou repartir dans un autre DOM TOM	
SF I	- DU de médecine fœtale	OUI MAIS : - Ne doit pas se généraliser - SF ne doit pas se substituer au gynéco
SF J	- Seulement des petites formations	OUI MAIS : - Doit être bien réglementé - Commencer par retrouver des accouchements physiologiques
SF K	- DU d'échographie fœtale	OUI MAIS : - Très réglementée comme à Mayotte
SF L	- DU d'acupuncture - Peut-être repartir dans un autre DOM TOM	NON : - SF → physiologie
SF M	- Ne souhaite plus travailler dans une grosse maternité	OUI MAIS : - Doit être bien réglementée - Quel serait l'intérêt pour les SF et les patientes ?
SF N	- Repartir dans un autre DOM TOM dans quelques années - Humanitaire - Ne pense pas retravailler un jour à l'hôpital	OUI MAIS : - Commencer par laisser accoucher les femmes dans la position qu'elles souhaitent - Peut être intéressant dans les maternités de niveau 1 où le médecin n'est pas présent
SF O	- DU d'échographie fœtale	NON MAIS : - Envisageable dans les maternités où le médecin n'est pas présent ou rendre sa présence obligatoire
SF P		NON : - Seulement en étant à 45 minutes du bloc - Dépasse les compétences

ANNEXE III : entretien avec la sage-femme O

Entretien réalisé le 07 octobre 2020 par appel téléphonique

Durée : 28 minutes

Manon : Pour commencer, peux-tu m'expliquer ton parcours professionnel, c'est-à-dire la date de ton diplôme, ton école, si tu as fait des formations complémentaires et où as-tu travaillé jusqu'à maintenant ?

Sage-femme O : D'accord. Du coup, je suis diplômée de 2016 de l'école de Montpellier. J'ai travaillé de juillet 2016 à juillet 2018 en dispensaire à Mayotte, à [nom ville (1)]. Ensuite, j'ai travaillé 3 mois à [nom ville (2)], à l'hôpital de [nom ville (2)] puis 1 mois de chômage. Ensuite, j'ai travaillé, 11 mois à l'hôpital de [nom ville (3)] à mi-temps. Et pour compléter mon mi-temps, je faisais également des gardes en clinique, à la clinique de [nom ville (3)], à la clinique de [nom ville (4)] et à la clinique de [nom ville (2)]. Et depuis octobre 2019, je travaille à temps plein à l'hôpital de [nom ville (5)].

Manon : D'accord et quels sont les niveaux de ces maternités ?

Sage-femme O : Alors [nom ville (2)], type 3, ensuite [nom ville (3)], hôpital et clinique c'est type 1, la clinique de [nom ville (4)] type 1, la clinique de [nom ville (2)] je crois que c'est type 1 mais je ne suis pas sûr. Et [nom ville (5)] où je suis actuellement c'est niveau 2A. Au niveau des formations, je n'ai rien fait, j'ai juste remis à niveau mon AFGSU mais pas de formation diplômante.

Manon : D'accord, maintenant tu vas pouvoir me décrire ton expérience au sein de la maternité périphérique ? Donc dans quelle maternité tu étais, ce que tu y faisais et avec qui tu travaillais ?

Sage-femme O : D'accord, tu me dis si tu as besoin plus de précisions.

Manon : Oui bien-sûr.

Sage-femme O : Du coup, j'ai travaillé au dispensaire de [nom ville (1)] au centre de l'île, on était 3 sages-femmes la journée et 2 la nuit, une en salle d'accouchement, une en suites de couches et la journée, il y en avait une en plus pour aider. Avec 3 collègues auxiliaires la journée et 2 la nuit. La journée, elles étaient 2 en suites de couches et une en salle et la nuit une en salle et une en suites de couches. Du coup à Mayotte, je faisais de la salle d'accouchement, des suites de couches. En salle d'accouchement, on faisait quand même beaucoup de consultations de grossesse et d'urgence parce que les femmes étaient assez peu suivies et du coup c'était vraiment fréquent qu'elles viennent juste pour faire du suivi de grossesse parce qu'elles n'avaient pas de place ailleurs parfois pour des pathologies assez importantes.

Manon : Oui donc tu ne faisais pas de consultations prénatales mais en soit...

Sage-femme O : J'ai fait 2 journées de consultations prénatales mais voilà en soit je n'en faisais pas mais c'est comme si j'en faisais un peu. Je considère que j'en ai fait énormément, plus qu'en métropole (rires).

Manon : D'accord et donc tu voyais aussi les urgences gynécologiques ?

Sage-femme O : Oui je voyais aussi les urgences gynécos, c'était une grosse partie de l'activité sans avoir été formée bien-sûr, sinon ce n'est pas drôle.

Manon : Et donc tu faisais un peu d'écho aux urgences ?

Sage-femme O : Oui je faisais un peu d'écho, j'ai appris à faire des mesures de col, des échographies de présentation, vérifier la position du placenta, vérifier la quantité de liquide et les échographies gynécologiques de base comme dépister une grossesse extra-utérine. Voilà et ça je l'ai appris sur le tas avec l'aide de mes collègues. Et aussi, je faisais des transferts donc j'accompagnais les patientes en cas de nécessité en ambulance à Mamoudzou.

Manon : D'accord et donc il n'y avait pas de médecin sur place ?

Sage-femme O : Pas de médecin sur place, il y avait le dispensaire à côté où il y avait le médecin généraliste mais on avait assez peu à faire à lui, on l'appelait peu en cas d'urgence parce qu'il n'était pas spécialement formé à l'urgence obstétricale.

Manon : D'accord et quelles étaient les caractéristiques des femmes enceintes au niveau socio-économique, culture ? Je pense que ça devait être très différent d'ici ?

Sage-femme O : Oui très différent d'ici. Donc c'était des femmes soit mahoraises, soit comoriennes, il paraît qu'il y aurait 75% des femmes en âge de procréer qui seraient en situation irrégulière après je ne sais pas si c'est toujours le cas. Donc c'est une grande majorité des femmes qui ne parlent pas français et qui vivent dans des conditions assez précaires et qui n'ont pas la sécurité sociale ni l'aide médicale d'état parce que ça n'existe pas à Mayotte. Il y a beaucoup de multipares et de grandes multipares, c'est quand même une grosse différence avec la métropole. Ce sont que des femmes de confession musulmane, ça change un petit peu au niveau de la culture, des rituels autour de l'accouchement. Et le plus marquant en général, c'est la grande pauvreté avec des femmes extrêmement démunies et ne parlant pas français.

Manon : Et tu sais un peu comment ça se passait au niveau du remboursement des soins pour ces femmes ?

Sage-femme O : Il me semble que tout était gratuit pour les femmes enceintes, tous les soins étaient gratuits à l'hôpital ainsi que pour les enfants. Mais c'était vraiment un suivi à minima. En théorie, elles étaient censées faire suivre leur grossesse physiologique à la PMI mais de mon temps, il y avait beaucoup de PMI fermées. Il devait y en avoir une ouverte sur tout mon secteur donc ce n'est vraiment pas ça. Les échographies se faisaient à l'hôpital. Quand tout allait bien, on leur faisait la T2, on ne leur faisait pas de T1 parce qu'en général elles venaient trop tard. Donc on faisait la T2 et si tout allait bien, on ne faisait pas de T3 parce qu'on n'avait pas assez de place pour la leur faire. Et on faisait la consultation du 9ème mois en dispensaire directement. Donc c'était vraiment un suivi très très minimal mais c'est vrai que comme tout était gratuit, des fois, des femmes qui avaient besoin de voir un cardiologue ou un diabétologue, on en profitait pour le faire pendant la grossesse. Donc on abusait un peu du système parfois.

Manon : D'accord et sinon est-ce qu'il y a des choses qui t'ont marqué au niveau de la culture autour de l'accouchement, la douleur, le lien avec le bébé ?

Sage-femme O : C'est tellement différent. Moi ce qui m'a marqué, c'est l'importance de la présence d'autres femmes pendant l'accouchement, elles n'étaient pas accompagnées par leur conjoint dans la majorité des cas mais plus d'une sœur, d'une cousine, des femmes plus âgées qui servaient un peu comme on pourrait dire d'une Doula ici. Ça c'était une grande différence pour moi, ça m'a manqué en rentrant en métropole de voir des femmes aussi seules avec leur conjoint inutile qui ne sait rien, ça fait une grosse différence. Et forcément en dispensaire, elles savent qu'elles ne vont pas avoir de péridurale, la plupart ne savent pas que ça existe et quand elles le savent, elles ont des représentations terribles. Du coup, elles savent qu'elles sont là pour souffrir. Voilà, elles ont mal mais elles considèrent la douleur comme une fatalité, une évidence. Je dirai que ce sont les choses les plus évidentes.

Manon : D'accord et le lien avec l'enfant ou l'allaitement, est-ce qu'il y a des choses qui t'ont marqué ?

Sage-femme O : Les femmes allaitaient beaucoup et assez facilement, quand on voit les femmes allaiter, ça saute aux yeux qu'elles ont déjà vu faire. Même une primipare qui est seule en suites de couches sait allaiter parce qu'elle a déjà vu. Elles savent dans quelle position les mettre et quand les mettre. Ça fait une grande différence. Elles sont toutes autonomes avec les soins du bébé, elles savent, elles ont déjà pu s'occuper d'enfant. Et non au niveau de l'attachement, rien de particulier. Je ne pourrai pas en dire plus, vu qu'il y en a quand même beaucoup qui ne parlaient pas français, on discutait peu de la psychologie autour de la périnatalité.

Manon : Et sinon la place du père est minime ?

Sage-femme O : La place du père, après ce sont des généralités, c'est vrai que les comoriennes venaient souvent sans conjoint et étaient accompagnées des autres femmes. Au niveau des mahoraises, il y en avait certaines qui venaient avec leur conjoint, c'était minime mais il y en avait et quand il était là, il était tout à fait à sa place comme chez les couples en métropole. Et c'est vrai qu'en suites de couches, on ne laissait pas rester les accompagnants, ils avaient droit de venir la journée mais la nuit elles étaient sans accompagnant. Donc dans tous les cas, ils ont une place assez minime, forcément vu qu'on les exclue. Ça peut être assez compliqué. D'ailleurs ça pouvait être assez mal vécu pour les femmes d'être seules la nuit sans leur accompagnant ou accompagnante pour les aider.

Manon : D'accord et concernant tes conditions de travail et tes pratiques, est-ce que tu penses que tes conditions de travail étaient favorables ou pas au niveau effectifs, locaux, matériels ?

Sage-femme O : Alors au niveau des effectifs, je pense qu'on était en nombre insuffisant en salle d'accouchement parce qu'on faisait 1000 accouchements par an à [nom ville (1)] en moyenne, avec en plus une sage-femme avec énormément de consultations autour et beaucoup de transferts à gérer. On considérait que toutes les femmes qui arrivaient en travail, on en envoyait une sur deux à Mamoudzou donc c'était quand même du travail parce qu'il fallait vérifier leur dossier, faire les bilans et les transférer donc ça prenait pratiquement autant de temps que de réaliser un accouchement. Et avec les consultations d'urgence, on voyait entre 15 et 20 personnes par jour. Donc pour moi, on était clairement en sous-effectif, je n'ai jamais travaillé de manière aussi intense en métropole.

Manon : Et au niveau des locaux et du matériel ?

Sage-femme O : Alors au niveau des locaux, il n'y avait rien à dire, c'était une maternité tout à fait correcte. Après il y avait beaucoup de femmes et pas assez de chambres, ça c'était assez moyen. Et le matériel était aux normes, franchement c'était parfait. C'était des bon monitos, rien à dire, on avait tout ce qu'il nous fallait avec des bons appareils d'échographie. Pour le coup, on ne manquait de rien. L'ambulance de transfert était très vétuste, c'était vraiment inadapté. Il n'y avait pas d'aspiration branchée donc si tu devais aspirer un bébé dans l'ambulance, c'était compliqué. Les femmes étaient installées sur les tables, ça bougeait beaucoup trop et c'était très désagréable pour elles. Je trouve que c'était des mauvaises conditions de transfert pour le coup. Mais à part le sous-effectif, je n'ai rien d'autre en particulier à dire.

Manon : D'accord et pour toi, est-ce que tes pratiques étaient similaires à celles de la France métropolitaine ou pas ?

Sage-femme O : Du coup non, parce que je faisais les consultations gynécologiques en plus et je faisais que des accouchements physiologiques avec des dames qui n'avaient pas de péridurale. Dès qu'il y avait la moindre pathologie, on transférait, c'était vraiment que de la physiologie. Donc ça, c'est quand même assez différent et au niveau des suites de couches, on faisait très peu d'accompagnement psychologique, plutôt de l'accompagnement à l'allaitement. Et on faisait beaucoup de dépassements de compétences, beaucoup trop de consultations pour des grossesses pathologiques.

Manon : D'accord et tu avais d'autres compétences supplémentaires là-bas ?

Sage-femme O : Alors oui, on nous avait dit qu'on avait le droit de poser des ballons de Bakri® et d'utiliser des Kiwi® partie basse. Donc ça, c'était quand même une grosse différence donc moi j'ai posé 3 Kiwi®, par contre jamais de Bakri®, je n'ai jamais eu l'occasion. Et au niveau des compétences, après ce n'est pas qu'on avait des compétences en plus mais quand on voyait les femmes, on demandait des conduites à tenir au gynécologue en direct. On les demandait par téléphone, du coup on n'avait aucune preuve écrite. Puis on orientait beaucoup les conduites à tenir. Par exemple : « est-ce que je peux transférer ? ». Fin tu décris la pathologie, et le médecin te dit : « oui transférez-là ». Et puis même s'il n'est pas d'accord dans tous les cas, tu peux prendre une décision toute seule. Donc voilà, en fait c'est beaucoup de décisions en dehors du champ de compétences sur toutes ces pathologies.

Manon : D'accord et est-ce que parfois tu as eu le sentiment de dépasser ton champ de compétences et notamment sur des situations d'urgence ?

Sage-femme O : Bah du coup, quand j'ai posé les Kiwi®, je me suis vraiment dit après que c'était délicat. Après ça je me suis dit, j'espère que je l'ai bien fait que je n'aurai pas de retour négatif et que personne ne portera plainte donc ça m'a pas mal angoissée. Et surtout, j'ai eu un décès maternel au dispensaire, je vais raconter rapidement l'histoire. C'est une dame qui est arrivée à 37 semaines, apparemment elle avait convulsé chez elle à la maison, c'était une deuxième grossesse et elle avait déjà eu une prééclampsie pour le premier. Du coup, on la suivait de manière assez rapprochée et elle nous a été amenée par sa famille. A priori, elle avait convulsé selon ce qu'ils décrivaient donc je fais une échographie et je vois que c'est une mort fœtale donc j'appelle rapidement le SAMU pour débiter un transfert. Et j'appelle ma collègue de suites de couches pour m'aider ainsi que l'auxiliaire. Et un quart d'heure après, elle a fait un arrêt cardiaque et elle n'a jamais récupéré mais l'équipe du SAMU était là 10 minutes après qu'on ait diagnostiqué l'arrêt cardiaque. Donc on a à peine commencé à masser qu'ils sont

arrivés. Là pour le coup, je me suis dit qu'il aurait fallu un médecin avec moi pour tout faire. Je me suis clairement dit que c'était un dépassement de compétences et que si on aurait eu un médecin, la dame aurait été césarisée, on aurait peut-être eu une chance de la sauver. Là, c'était des compétences que je n'avais clairement pas. Pour moi réanimer une femme, ça reste compliqué même si on faisait des formations régulièrement. Et avec le recul, je me dis qu'en réanimation, on dépassait pas mal nos compétences. En métropole, tu commences une réanimation bébé et tu as le pédiatre qui arrive. Mais ici, on les intubait parce que les médecins du SAMU ne savaient pas le faire donc on poussait un peu sur les compétences. On est censé savoir intuber les enfants mais là, on le faisait vraiment. Et on posait aussi les cathéters ombilicaux, en métropole on en pose peu aussi.

Manon : On est censé savoir les poser après on sait souvent que le pédiatre est déjà là.

Sage-femme O : Oui voilà c'est ça.

Manon : Et est-ce qu'il y a d'autres situations où tu t'es sentie en difficulté ? Je ne sais pas si tu as déjà eu des hémorragies importantes, ou des jumeaux, des sièges, des dystocies des épaules ?

Sage-femme O : Non franchement à part ça, je n'ai jamais eu de problème. J'ai toujours eu des hémorragies gérables, elles n'ont jamais perdu plus d'un litre, jamais de grosses angoisses. On dépassait nos compétences quand on voyait des femmes en consultation et que c'était clairement de la pathologie et qu'on avait juste une vague conduite à tenir par téléphone. Et c'était nous qui prenions la décision, fin qui programmait son suivi alors que c'était vraiment très pathologique.

Manon : D'accord et au niveau des échographies est-ce que parfois ça t'a mis en difficulté ?

Sage-femme O : Ah oui, c'est vrai. On n'a pas eu de formation, c'était vraiment que les collègues qui formaient sur le tas donc elles étaient très sympas. Elles m'ont bien formé mais je pense que je suis tombée sur les bonnes personnes et j'ai déjà fait des erreurs. Une fois, ça faisait deux ou trois mois que j'avais commencé à travailler, j'ai vu une grossesse, j'ai dit qu'elle était dans l'utérus alors qu'elle était en dehors de l'utérus. Elle est revenue deux jours plus tard, il n'y avait pas eu de rupture de la trompe mais mes collègues se sont rendues compte que la grossesse était clairement en dehors de l'utérus et ça c'est dramatique. C'est la fois où j'étais le plus en difficulté sinon dans l'ensemble, je m'en suis toujours sortie. Mais c'est vrai que sinon c'était un peu compliqué quand le médecin demandait des mesures de col et qu'en fonction de la mesure du col, tu devais transférer ou pas. Donc au début, je mettais une demi-heure à trouver le col. Après à la longue, ça devenait une évidence. Mais quand on ne sait pas le faire, au début on se dit j'espère que je mesure vraiment ce qu'il faut. Au début, je ne savais pas trouver un utérus, c'était vraiment une catastrophe les échos au début.

Manon : Oui ce n'est pas facile au début.

Sage-femme O : Oui c'est vrai que pour les échographies, une longue formation n'aurait pas été de trop pour vraiment apprendre la gynéco.

Manon : D'accord et comment as-tu vécu ta reprise d'activité en France métropolitaine ? Est-ce tu as rencontré des difficultés pour te réadapter ?

Sage-femme O : Alors j'ai eu de grosses difficultés pour me réadapter. Du coup, je suis arrivée dans un niveau 3 et ça a été horrible. Franchement, j'avais essayé de me remettre les protocoles en tête avant d'y aller mais en fait j'étais inadaptée en salle d'accouchement pour suivre des femmes en travail avec une péridurale et ça a été vraiment vraiment compliqué. J'ai eu du mal à reprendre mes habitudes pour le suivi des femmes avec péridurale, les déclenchements avec toutes les conduites à tenir. Par exemple le Propess®, tu la surveilles pendant deux heures ou le synto®, tu l'augmentes comme ça dans cette maternité. Et j'ai eu beaucoup de mal à gérer tous les intervenants qui étaient à disposition : un pédiatre, une puéricultrice, un interne de pédiatrie, un interne de gynéco, le gynécologue. Je ne savais jamais qui appeler et quand appeler. Donc ça, ça m'a porté pas mal préjudice au début.

Manon : D'accord et quels ont été les bénéfices de cette expérience sur ta prise en charge ?

Sage-femme O : Du coup, je sais prendre des décisions de manière autonome, je n'ai pas peur de prendre mes responsabilités, je crois à 100% à la physiologie. Une femme qui n'est pas à risque peut accoucher naturellement sans aide médicale en respectant la physiologie de l'accouchement. Je peux m'occuper de patientes qui ne parlent pas ma langue, pas de manière optimale mais je peux m'en occuper je pense, en faisant un suivi humain.

Manon : Oui donc au niveau du relationnel.

Sage-femme O : Oui voilà ! Et c'est vraiment le suivi du travail physiologique où j'ai vraiment été meilleure. Je sais que je suis plus à l'aise que mes collègues.

Manon : D'accord et as-tu déjà envisagé de faire des formations complémentaires, retourner travailler dans un autre DOM TOM ou faire de l'humanitaire ?

Sage-femme O : Non, je n'ai pas envisagé de retourner travailler dans un autre DOM TOM pour des raisons personnelles parce que j'ai ma famille ici donc je ne veux plus repartir. Pour les formations complémentaires, j'envisageais de passer mon DU d'échographie mais j'attends qu'un jour un hôpital me le finance. Mais à part ça rien de particulier. Après j'ai quand même fait des petites formations sur l'allaitement, sur le suivi physio mais ce sont des petites choses.

Manon : D'accord pour résumer, quels ont été les points positifs et négatifs de cette expérience ?

Sage-femme O : Alors du coup les points positifs, c'est d'avoir pu m'occuper de toutes ces patientes de manière physiologique et d'avoir pu apprendre à travailler seule. Quand même, c'est un gros point positif. Et les points négatifs, c'est d'avoir dû dépasser les compétences autant de fois et ne pas avoir eu de médecin le jour où la femme est décédée.

Manon : D'accord as-tu encore des choses à rajouter ?

Sage-femme O : Non je ne crois pas.

Manon : C'est déjà pas mal (rires). Et dernière petite question, est-ce que tu penses que les sages-femmes devraient pouvoir faire les ventouses en France métropolitaine ?

Sage-femme O : Euh je dirai que non, les sages-femmes n'ont pas à utiliser de ventouse parce qu'elles ont un médecin avec elles. Après c'est vrai que peut-être, il faudrait envisager des

exceptions pour les petites maternités où les médecins ne sont pas présents la nuit, peut-être faudrait envisager des dérogations pour ces sages-femmes là ou faudrait peut-être juste que les gynécos soient présents la nuit. Mais non je ne suis pas pour, je ne suis pas spécialement pour.

Manon : D'accord.

Sage-femme O : Je suis très contente que les médecins viennent faire les extractions instrumentales, ça me fait vraiment très plaisir, ce n'est plus mon travail.

Manon : D'accord.

Fin de l'entretien et remerciement

Exercer la profession de sage-femme dans une maternité périphérique à Mayotte : quels impacts sur leurs pratiques professionnelles en France métropolitaine ?

Résumé :

Avec un taux de natalité de 5 enfants par femme, Mayotte possède la plus grande maternité d'Europe. Les offres d'emploi y sont nombreuses pour les soignants. En conséquence, certaines sages-femmes n'hésitent pas à s'expatrier en début de carrière afin d'enrichir leur expérience professionnelle.

Cette étude a pour objectif d'analyser l'impact sur les pratiques professionnelles des sages-femmes ayant travaillé dans une maternité périphérique à Mayotte. Pour mener cette étude 16 entretiens ont été réalisés auprès de sages-femmes ayant exercé au minimum une année à Mayotte dans les 10 dernières années et ayant repris leur activité en France métropolitaine depuis un 1 an ou plus.

Cette étude a permis de mettre en évidence qu'une expérience professionnelle dans une maternité périphérique à Mayotte entraîne chez les sages-femmes un développement des pratiques professionnelles (confiance en soi, autonomie, sens clinique et gestes techniques), une plus grande capacité d'adaptation face aux patientes de cultures différentes mais aussi une écoute plus importante de la physiologie. Toutefois, un sentiment de frustration est recensé chez certaines sages-femmes face à la réduction de leur champ de compétences.

Mots clés : Mayotte, pratiques professionnelles, sages-femmes

Abstract:

With a birth rate of 5 children per woman, Mayotte hosts the largest maternity hospital in Europe. There are many job offers for caregivers. Consequently, some midwives do not hesitate to move abroad at the beginning of their career to enrich their professional experience.

The objective of this study is to analyze the impact on the professional practices of midwives who have worked in a peripheral maternity hospital in Mayotte. To conduct this study, 16 interviews were conducted with midwives who had worked in Mayotte for at least one year in the last 10 years and who had returned to work in metropolitan France for 1 year or more.

This study showed that professional experience in a maternity hospital on the outskirts of Mayotte led to the development of professional practices (self-confidence, autonomy, clinical sense and technical gestures), a greater capacity to adapt to patients from different cultures, and a greater awareness of physiology. However, a feeling of frustration is noted among some midwives in the face of the reduction of their field of competence.

Keywords : Mayotte, professional practices, midwives

Auteur : Manon FERIAU

Diplôme d'état de Sage-Femme – Année 2021