

Une maison de naissance dans une île de France (PETITE-TERRE À MAYOTTE)

Notre métier de sage-femme à Mayotte nous donne l'occasion de vivre une extraordinaire expérience humaine, riche de rencontres avec une culture à la croisée des civilisations. Dans l'hémisphère sud, l'île de Mayotte fait partie de l'archipel des Comores, à l'entrée du Canal du Mozambique, entre l'Afrique et Madagascar. Grain de sable surpeuplé en zone tropicale, d'une superficie de 374 km², Mayotte comprend deux îles, Petite-Terre et Grande-Terre, quelques îlots épars, entourés d'un des plus grands lagons au monde³. Le recensement INSEE de 2012 indique 212 600 habitants, la population augmente toujours fortement. C'est le département français le plus dense après ceux d'Ile de France. La croissance démographique est élevée.

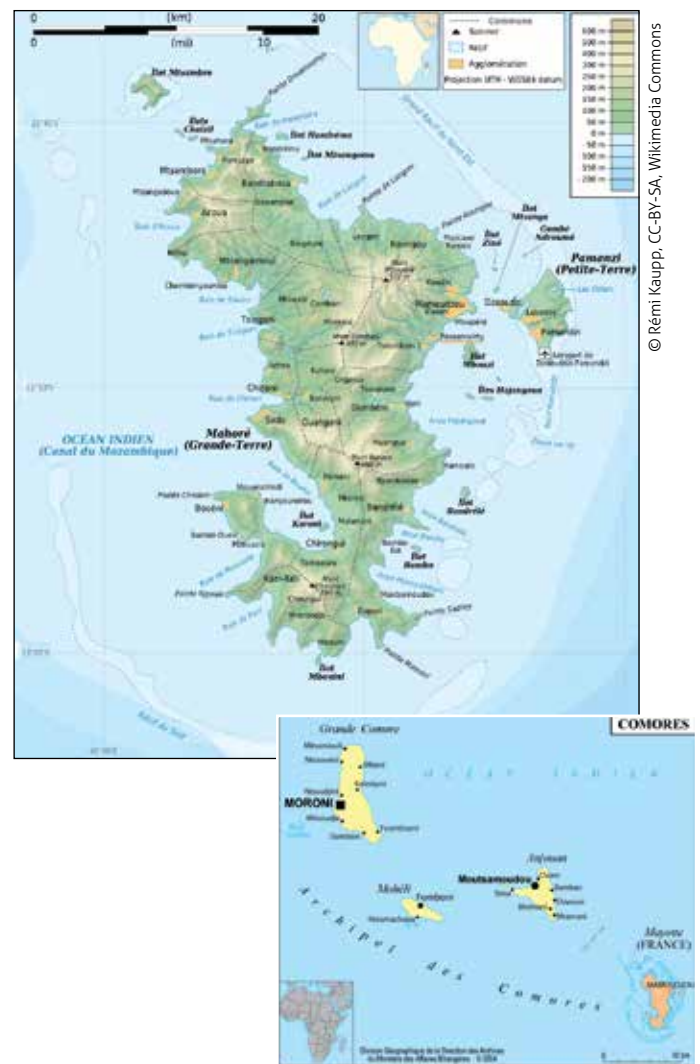
Dans cette belle île à l'allure africaine et au paysage sanitaire singulier, la connaissance du contexte socioculturel des patientes m'a paru indispensable pour que la communication entre femmes et sages-femmes s'établisse dans le but d'assurer une cohérence de suivi de nos patientes et des nouveau-nés.

Une plongée dans L'UNIVERS MAHORAIS

Sage-femme à Mayotte en Petite-Terre à la maternité de Dzaoudzi depuis près de sept ans, j'ai pu observer les difficultés de compréhension des familles face à nos attitudes médicales, le quasi-mutisme des femmes en consultation, les recours fréquents à la médecine traditionnelle, les refus d'hospitalisation ou de césarienne, les drames familiaux suite aux naufrages de *kwassas-kwassas* (barques ralliant Anjouan à Mayotte transportant souvent des dizaines de personnes)... En effet, ce bout de terre français, à l'identité culturelle comorienne, héberge une majorité de femmes en situation irrégulière, en grande précarité, ne parlant pas français, souvent sans couverture sociale^{1,2} et susceptibles d'être reconduites à la frontière (par voie maritime) avec l'incertitude de revenir en vie auprès de leur famille. La cruelle réalité mahoraise se heurte à nos codes culturels, sociaux, éducatifs européens et rend compliquée notre pratique médicale quotidienne, d'autant plus que nous sommes en sous-effectif. De plus, une grande partie des patientes possèdent des antécédents médicaux et obstétricaux lourds avec des conditions d'accès aux soins souvent entravées^{1,2,6}. Le choc culturel est tel, qu'il faudra à l'acteur de santé périnatal plusieurs mois, voire années, pour adapter son discours à ces familles très éloignées de notre mentalité et de notre système de santé *m'zungou* (blanc ou étranger).

Un survol des empreintes du passé, de l'ambiance socio-culturelle, des mouvements géo-sociaux, peuvent permettre de mieux appréhender ce qui se joue autour des familles que nous avons à prendre en charge à Mayotte, pour une approche plus sereine et adaptée.

L'objectif de ce témoignage est de photographier le mode de fonctionnement d'une maternité dite périphérique en valorisant les initiatives des sages-femmes en poste successivement. Suppressions de postes, menaces de fermeture des petites maternités sont, ici aussi, à l'ordre du jour. Alors que



© Rémi Kaupp, CC-BY-SA, Wikimedia Commons

Remerciements au Dr Éric Bordart, à M^{me} Sylvie Murat et M. Tohir N'Gazi.

les indicateurs périnataux montrent des résultats de morbi-mortalité quatre à six fois plus importants qu'en métropole², il est essentiel de démontrer l'utilité du maintien du poste de consultation ("clé" de la prévention, du dépistage et de la surveillance des grossesses à risque) et bien sûr de la maison de naissance de Petite-Terre, compte tenu de la carence en offre de soins et des besoins importants en santé primaire ; améliorer le dépistage d'événements pathologiques pendant la grossesse, prendre en charge et référer en fonction des situations à risque identifiées, telles sont les missions prioritaires confiées notamment aux maisons de naissance en étroite collaboration avec les établissements de protection maternelle et infantile (PMI) dans ce 101^e département français si complexe.

Les traces du passé

Mayotte est riche de mélange de civilisations et de revirements politiques, influençant son histoire au fil des siècles.

Dès le V^e siècle de notre ère, la population africaine bantoue de l'est africain parvient aux Comores ; puis du X^e siècle au XVI^e siècle transitent shiraziens et peuples d'origine arabo-persique introduisant l'islam et développant le commerce. Au XVI^e siècle, tandis que les Portugais s'installent à Mayotte, séduits par la prospérité économique et agricole, les sultanats se succèdent. Au XVIII^e siècle, l'archipel des Comores subit des razzias malgaches dévastatrices. Les sultans se réfugient alors en Petite-Terre, transformant Dzaoudzi en ville fortifiée^{3,4}. Au début du XIX^e siècle, presque toute la population de Mayotte habite sur l'île de Pamandzi et le rocher de Dzaoudzi...

Mayotte devient française en 1841 : la France est en quête d'un abri maritime (ayant perdu Maurice), lorsque le sultan malgache Andriantsouli, qui règne alors sur Mayotte de manière désordonnée, cède l'île à la France contre quelques piastres et protection. L'abolition de l'esclavage est proclamée à Mayotte en 1846, deux ans avant le décret dans les colonies françaises^{3,4} ; l'appartenance à la France devient synonyme de liberté. Mais en 1848, Mayotte est délaissée... La période de la fin du XIX^e siècle au début du XX^e siècle est marquée par les hésitations de la France sur le statut de Mayotte et le protectorat de ses "îles sœurs" depuis Dzaoudzi (Anjouan, Mohéli, Grande-Comores) avant de rattacher l'archipel entier à Madagascar^{3,4,9}. Accédant au statut de TOM en 1946, l'archipel voit son chef-lieu transféré de Dzaoudzi à Moroni (Grande-Comores) où les infrastructures scolaires, sanitaires, économiques se développent ; certains notables de Mayotte réclament alors la départementalisation, Mayotte tombant dans l'oubli⁹.

En 1974, puis en 1976, dans un climat de quasi-guerre civile, sont organisés des référendums, au cours desquels les Mahorais se déclarent en faveur du maintien de l'île au sein de la république française, les îles sœurs accédant à l'indépendance⁹. Dès lors, L'union des Comores et l'Organisation de Nations Unies dénoncent l'annexion de Mayotte par la France. Le retard de Mayotte par rapport aux autres îles comoriennes est criant : infrastructures sanitaires, routières, scolaires sous-équipées. Dans les années 1990, les travaux s'accroissent pour l'accession au futur statut de département. L'écart de développement entre Mayotte et le reste de l'archipel se creuse inexorablement.

En 1995, face à l'augmentation de l'entrée à Mayotte de personnes venant essentiellement d'Anjouan, le gouvernement Balladur instaure le visa d'entrée, supprimant la libre circulation entre les 3 îles indépendantes et Mayotte^{3,4}. Les Comoriens arrivant sur Mayotte sans visa ni titre de séjour deviennent alors clandestins.

En 2001, Mayotte devient une collectivité départementale et en 2004, le Conseil général est installé, obtenant le transfert du pouvoir exécutif en vue de la mise en œuvre du développement économique, sanitaire, social de l'île^{3,4,9}. En 2005, l'installation de la Sécurité sociale a énormément influencé l'accès aux soins ne permettant plus la gratuité aux non affiliés. Depuis 2007, le droit commun est installé. En mars 2011, Mayotte a été déclarée le 101^e DOM. Certaines lois et dispositions sociales, couverture médicale universelle (CMU) et Aide Médicale d'État (AME) n'ont pas encore cours.

Le code d'entrée, de séjour des étrangers et demandeurs d'asile ne s'applique pas à Mayotte.

En juillet 2012, Mayotte accède au statut de Région ultrapériphérique.

Les femmes mahoraises se dévoilent : ENTRE TRADITION ET OCCIDENTALISATION

Le travail à la maternité en collaboration avec les équipes mahoraises (agents de service hospitalier, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture) et les échanges avec les patientes au décours des consultations, sont l'occasion de découvertes sur l'univers des femmes à Mayotte... Langues parlées, religion, croyances et coutumes.

La langue officielle est le français, enseigné à l'école, mais le *shimaoré*, langue de tradition orale, d'origine bantoue est couramment employée^{3,5,7}. Certaines variantes sont fonction de l'île d'origine : *shimaoré* à Mayotte, *shingazidja* en Grande Comore, *shidzuan* à Anjouan. Le *shibushi*, langue Malgache est aussi parlé.

Les Mahorais sont en très grande majorité musulmans de pratique modérée, et souvent animistes. L'éducation religieuse musulmane dès le plus jeune âge, se mêle aux croyances, héritage culturel arabe, africain, malgache. Le malheur, le bonheur, la maladie, la stérilité, les ennuis, ne sont pas l'œuvre du hasard et résultent d'une fracture entre le monde des humains et le monde invisible^{5,6,7}... Le fatalisme des habitants peut s'expliquer par la vision qu'ont les Mahorais du monde qui les entoure légiféré par un seul Dieu de l'islam, Allah⁶ :

- **L'invisible** : Les *djinn*s (bons ou mauvais esprits, créatures du monde invisible), sont susceptibles d'envahir toute personne (souvent les jeunes filles) en l'influençant sur le plan spirituel et mental : les crises de *Djinn* sont fréquentes. Sont alors organisés par la famille, rituels, au cours desquels offrandes de parfums, sacrifices d'animaux ont cours en fonction du mal à évacuer dont les plus courants sont les "troumba".
- **Les humains** créés et gérés par Dieu, déléguant son pouvoir aux gens d'expérience : *fundi* (Maître coranique). Parents et anciens incarnent l'autorité de Dieu face aux enfants ; ils peuvent faire intervenir les créatures de l'invisible.
- **Le monde matériel** représente les liens entre le monde invisible et celui des humains, et aussi le monde animal.

Les *mwalimu*, guérisseurs, intermédiaires entre monde visible et invisible, sont régulièrement appelés pour protéger ou guérir afin d'attirer les bienfaits de Dieu. Ils fabriquent talismans ou breuvages (notamment pendant la grossesse et pour le nouveau-né). Les *fundis* seront plutôt consultés pour des prières. Les accidents de parcours de la vie et les maladies telles que fausses couches, mort in utero peuvent être l'œuvre de Dieu, de *djinns* malveillants, de vilains humains, du *dzitso* (mauvais œil) ou de la désobéissance. Les sages-femmes traditionnelles, rebouteuses, sont quelquefois encore sollicitées pour effectuer des massages, préparer des tisanes.

La famille mahoraise est matrilineaire : organisée autour de la femme qui représente le pilier central familial, les séparations de couple étant fréquentes^{5,6,7,8}. Traditionnellement, *dagoni* (la maison familiale), construite par ses frères et son père, lui appartient, et elle est responsable de la santé et de l'éducation des enfants. Le mari, installé chez elle, est chef de famille, polygame, chargé de subvenir aux besoins de ses familles. La cour familiale est le lieu d'habitation de la famille de la mère, ou grandissent les enfants issus de mariages successifs des filles, sœurs, tantes, cousines... l'appellation comorienne *frère* ou *sœur* correspondant à la proximité de vie durant l'enfance plutôt qu'à un lien de fratrie direct. Il est fréquent qu'un enfant soit élevé par la *Mama* (tante) ou la *koko* (grand-mère) qui occupe une place prépondérante protectrice dans l'éducation des enfants. Le lien mère-fille est plus important durablement que le lien couple parental^{5,6,7,8}. La société traditionnelle obéit à des lois communautaires où l'individu n'existe pas en tant que tel mais faisant partie du groupe⁷.

Les événements familiaux mêlés à la religion, aux traditions, aux croyances sont au cœur de la vie mahoraise et rythment les différentes étapes de l'existence d'une personne, chaque famille présentant une identité particulière régie par obligations et tabous⁸. **La conception** représente un acte essentiel de la chaîne familiale et répond à un rituel spécifique sans lequel l'enfant à venir ne pourrait s'épanouir normalement^{7,8}. **Les premières règles** d'une jeune fille sont l'occasion d'une grande fête, marquant une étape essentielle dans la vie de l'adolescente devenant femme. **La vie d'adolescent** est radicalement différente si l'on est une fille ou un garçon et l'on ne parle pas, dans l'environnement familial, de sexualité de peur d'inciter, surtout la fille, à commettre l'irréparable, source de honte pour la famille. Traditionnellement, le garçon pré-pubère s'éloigne de la maison maternelle en habitant un *Banga* (case en torchis construite par lui-même destinée à sa nouvelle vie d'adolescent). Les *Banga* sont peints de motifs attrayant invitant les jeunes filles à y entrer^{7,8}... **Le mariage cardinal**, *Grand Mariage* si c'est le premier, et sa préparation, répondent à de nombreux codes variant d'une famille à l'autre. Il permet à la jeune épouse de devenir bientôt mère⁸.

La société mahoraise subit d'énormes transformations depuis une vingtaine d'années, en route vers un ancrage métropolitain, dont le modèle libéral et individualiste oblige à l'application de nouvelles lois, et s'oppose radicalement au schéma traditionnel communautaire. L'instauration du droit commun bouleverse les habitudes et a quelquefois du mal à être compris⁹. La loi du 21 juillet 2003 a fait abolir la polygamie pour les hommes de 18 ans à compter de janvier 2005. Néanmoins les habitudes ne sont pas près de disparaître⁹.

L'explosion démographique, l'affluence migratoire, l'émigration des Mahorais vers La Réunion ou la métropole, les bouleversements de l'économie (Mayotte est passée de l'autosubsistance à la société de consommation), tendent à déstructurer le schéma traditionnel dans ce nouveau département français resté de nombreuses années dans l'oubli. Le manque de système d'assainissement et la profusion de déchets contribuent à la diffusion de maladies infectieuses en particulier chez les jeunes enfants. Plusieurs milliers d'enfants sont livrés à eux-mêmes, surtout aux alentours de Mamoudzou⁹. Certaines jeunes filles s'opposent aux habitudes traditionnelles et courent le risque d'être en rupture familiale. Le rôle du père au niveau éducatif n'est remarqué que dans les familles aux références métropolitaines. Les codes éducatifs deviennent flous. Les institutions familiales et communautaires ne prennent plus en charge ces enfants rebelles ou en perte de repères.

La majorité des femmes, peu scolarisées, se trouvent écartées de la société en pleine mutation⁸... De nombreuses mères, en majorité Anjouanaise, résidant la plupart du temps depuis de nombreuses années sur le territoire, vivent de façon précaire, et sont soumises au bon vouloir d'un conjoint, souvent de passage. Elles élèvent seules les enfants en attendant un autre compagnon qui les mettra à l'abri du besoin... L'instabilité conjugale combinée à la situation sociale marginale de plus de la moitié des mères contribuent à désavantager et précariser mères et enfants⁸. 60 % des femmes sont originaires des îles voisines (surtout Anjouan). Les personnes ne possédant pas de visa d'entrée à Mayotte font la traversée entre Anjouan et Mayotte dans des barques surchargées pour se rapprocher de leur famille, dans l'espoir d'une vie meilleure, pour accéder à une qualité de soins médicaux ou pour faire bénéficier de l'école française aux enfants. Ces embarcations sont aussi utilisées comme moyen d'évacuation sanitaire. Il n'est pas rare qu'elles chavirent... les tragédies en mer sont malheureusement fréquentes^{5,6,9}.

Paysage sanitaire et parcours périnatal

Quelques indicateurs périnataux montrent un contexte sanitaire et social défavorable :

- > Les conditions socio-économiques mettent une grande partie de la population à l'écart du développement².
- > La moitié des mères a moins de 25 ans¹.
- > 25 % des ménages n'ont pas accès à un point d'eau individuel².
- > 31 % des femmes déclarent ne jamais avoir été scolarisées.
- > 45 % des femmes déclarent disposer de moins de 500€/mois.
- > 50 % n'ont aucune couverture sociale¹.
- > L'indice synthétique de fécondité : 5 enfants/femme (métropole 2 enfants/femme)².
- > Le taux de natalité : 32 ‰ (métropole 13 ‰)².
- > Le taux de mortalité infantile : 15 ‰ (métropole 4 ‰)².
- > La mortalité maternelle préoccupante : 50 ‰ naissances (6 fois plus qu'en métropole)².
- > La mortalité néonatale précoce affiche également une surmortalité. Les enfants nés prématurément et les enfants de petits poids sont 2 fois plus nombreux qu'en métropole².
- > La santé des enfants est également préoccupante : troubles du langage et pathologies de la nutrition², prévalence malnutrition aiguë = 7,3 % des enfants rencontrés¹¹.

— RITES ET CROYANCES —

DE NOMBREUX RITUELS ET CROYANCES entourant la grossesse et la naissance varient selon les familles ^{6,7,8}:

> **La grossesse** permet à la femme d'être choyée, écoutée et des prières spécifiques qu'elle doit réciter sont censées garantir de bon déroulement de la grossesse ainsi que santé pour l'enfant à venir.

Certaines croyances entraînent des précautions; ce sont les *mikos* (interdits) qui dictent ce que la future mère doit faire : éviter d'être seule (sinon risque d'attirer des créatures maléfiques), ne pas regarder les personnes handicapées (sous peine de transmission du handicap à l'enfant à naître), ne pas rendre visite à un mort, ne pas assister aux égorgements d'animaux, éviter de manger du piment... d'autres peuvent retentir sur le suivi de la grossesse: traditionnellement les femmes enceintes tardent à consulter une sage-femme par peur des commérages ou du mauvais œil ou pour garder tout simplement le secret. Dans certaines affections de la grossesse, avoir recours à une masseuse traditionnelle est courant (par exemple si présentation du siège au 9^e mois) avant d'avoir recours aux méthodes médicales hospitalières. Tout au long de la grossesse sont organisées par la famille ou le mari des cérémonies visant à protéger la mère et l'enfant à naître des mauvais *djinnns* ^{5,6,7,8}. Si la grossesse n'est pas désirée, des breuvages à base de plantes à vertus abortives sont concoctés par de vieilles connaisseuses en la matière avant de consulter le médecin ou la sage-femme, (pouvant entraîner des métrorragies importantes voire des hémorragies).

> **L'arrivée d'un enfant dans une famille** constitue un événement important et confère au petit d'homme une place particulière dans le groupe familial dès sa venue au monde. Sa place dans la famille évoluera en fonction de ses acquisitions et de son sexe, son éducation le prédestinant à endosser un futur statut de père ou de mère ^{5,6,7,8}. À la naissance, le père ou le *fundi* (Maître coranique) récite à l'oreille du nouveau-né une prière afin de l'accueillir dans la religion, de faire des vœux bienveillants pour son avenir et lui montrer les éléments extérieurs tels que soleil, ciel, eau de pluie. Le bébé est récupéré assez rapidement par l'accompagnante ayant veillé sur l'accouchée, échappant aux bras maternels. Il est alors présenté aux membres de la famille présents : il fait partie de la communauté familiale et religieuse, il est autant l'enfant de la famille que celui de ses parents... il n'est pas un individu mais un membre de la communauté, en charge de perpétuer les traditions islamiques ^{5,6,7,8}.

> **Le placenta**, quant à lui, est aussi au cœur des préoccupations familiales : l'équipe obstétricale ayant pris en charge la mère et l'enfant, est chargée de le remettre à la famille, afin qu'il soit enterré dans la cour familiale. Il s'agit là d'un rite funéraire signifiant l'ancrage du nouveau-né dans sa famille (date et lieu de naissance) lui permettant une forte position au sein de la communauté et le placenta

est vu comme un leurre destiné aux esprits malveillants ⁸. Durant le séjour à la maternité, il arrive qu'on aperçoive dans les berceaux, un miroir, qui visera à éloigner les diables, effrayés par leur propre image dit la croyance.

> **À la sortie**, le bébé sera maquillé au niveau des sourcils et d'un point noir (charbon ou khôl) entre les deux yeux pour éloigner les mauvais esprits... pour porter bonheur, une amulette "*hirizi*" un petit paquet de tissu renfermant des versets du Coran lui sera attaché au moyen d'une épingle à nourrice sur son vêtement ⁶.

> **De retour à la maison**, le *fundi* sera consulté pour éviter au bébé les rencontres avec des créatures maléfiques ⁶.

> **Durant 40 jours**, mère et enfant seront encadrés à la maison par la *koko* (grand-mère) et par les sœurs. Isolée du monde extérieur, des visites masculines, la jeune mère ne pourra recevoir que son mari en visite simple, l'abstinence étant de mise durant cette période. Pour son premier enfant, la jeune mère sera encadrée et accompagnée dans ses premiers gestes par sa propre mère jouant un rôle éducatif à la maternité. Elle sera "*cocoonée*" et bien nourrie avec des aliments énergétiques afin de ne pas perdre de poids, le but étant plutôt d'en gagner. Les femmes de la maison veilleront à son repos le plus complet. La jeune mère étant préoccupée par sa maternité, ces 40 jours sont l'occasion de lâcher les armes face aux rivaux qui jalonnent à longueur de temps l'espace conjugal ^{6,7}.

> **Le rituel du 7^e jour**, enveloppement de plantes de la jeune mère par la *koko* est un rituel de passage de l'état de femme à celui de mère. Elle deviendra donc *ma Fatima* (maman de... prénom du bébé). Dans la communauté, on ne retiendra que cette appellation, son statut social ayant changé.

> **Ce même jour, a lieu le *akika*** (baptême) sous l'œil attentif du père de l'enfant. Il y a encore quelques années le prénom était donné à cette occasion. Cette cérémonie lui instaure une place en tant qu'humain sous l'influence de Dieu et contribue à éliminer l'enfant imaginaire qu'il était in utero pour sa famille ^{7,8}. Le bébé sera baigné dans des herbes colorées aux vertus bienfaisantes selon les croyances familiales propres. Si la mère doit sortir de l'environnement familial, par exemple pour recevoir des soins externes à la maternité, elle appliquera dans ses oreilles du coton, afin de se protéger des créatures malfaisantes...

> **Le 40^e jour suivant l'accouchement** donne lieu à un autre rituel pouvant correspondre à la période de transition entre l'état de mère et celui de femme. Accompagnée de sa mère et/ou sœur elle prend un bain rituel purifiant à la mer avec un ordre gestuel particulier avant de se rincer à la maison ^{6,7}. Elle pourra, dès lors, de nouveau, s'approprier physiquement, appliquer le *mzindzano* (masque protecteur de la peau du visage à base de bois de santal), se coiffer, prier, aller et venir à sa guise à l'extérieur, retrouver une activité sexuelle ^{6,7,8}.



> En 2012, environ 6 700 naissances ont eu lieu sur l'ensemble de l'île ; plus de la moitié à Mamoudzou, le reste réparti dans les quatre maisons de naissance.

Le suivi périnatal s'articule autour du centre hospitalier de Mamoudzou.

• Le parcours de suivi de grossesse

La plupart des femmes enceintes font suivre leur grossesse à la PMI jusqu'au 8^e mois (si la grossesse est physiologique) puis à la maternité du secteur, Mamoudzou ou maisons de naissance, à partir du 9^e mois. En cas de survenue d'événement pathologique à tout moment de la grossesse, le relais PMI est assuré par les maternités, en lien avec les gynécologues-obstétriciens, en effectif plus que réduit¹⁰.

L'offre libérale ou le partenariat PMI/hôpital permet un suivi global (suivi grossesse, dépistage cancer du col de l'utérus, échographie, post-partum mère et nouveau-né, contraception) marqué par un bémol au sujet du suivi PMI/hôpital disposant de moyens matériels (PMI) et humains (CHM) restreints.

Comme le stipule l'enquête sur la périnatalité à Mayotte (2010), les sages-femmes jouent un rôle important dans le suivi médical des grossesses, en raison du manque de gynécologues ou obstétriciens. Mayotte accuse un certain retard par rapport à La Réunion en ce qui concerne la surveillance prénatale. En effet, l'entretien prénatal, les échographies de dépistage et de diagnostic anténatal, les consultations de grossesse pathologique manquent au suivi hospitalier, par carence en postes de sages-femmes et en gynécologues-obstétriciens.

La première visite a souvent lieu au-delà du premier trimestre (contexte culturel, peur de se déplacer, recours à la médecine traditionnelle, grossesses successives mal vues...).

L'offre libérale (médecins et sages-femmes) est nettement insuffisante et reste réservée aux patientes pouvant payer, si non affiliées, ou affiliées avec le remboursement à 100 % en vigueur à partir du 6^e mois de grossesse. > P. 10

> **LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS** pour les patientes en situation irrégulière sont d'origine diverses (difficultés de paiement, peur de se déplacer, renvoi à l'accueil, renoncement aux soins...) et persistent surtout pour les enfants et la prise en charge des pathologies chroniques^{6,14}.

Ces patientes, non affiliées à la caisse de Sécurité sociale, doivent s'acquitter d'un montant de 300 € pour le suivi maternité. Il est rare qu'elles (ou leur mari) payent la totalité de cette somme. Des *bons hospitaliers de gratuité* sont mis à la disposition des personnels médicaux, permettant l'accès à la consultation et à la délivrance des médicaments. La gratuité des soins devrait normalement être appliquée pour les mineurs selon les dispositions légales datant de mai 2012 afin de leur permettre un accès aux soins sans entrave.

Les prestations de la PMI sont gratuites. Il n'existe pas de CMU (couverture médicale universelle) ni d'AME (Aide Médicale d'État) à Mayotte. Les évacuations sanitaires des cas relevant de prise en charge vers La Réunion ou la métropole sont très compliquées, les établissements d'accueil exigeant une garantie de paiement¹⁴.

— UNE MAISON DE NAISSANCE

Petite-Terre, regroupant les communes de Dzaoudzi et Pamandzi, d'une surface de 11 km² dénombre 24 000 habitants et présente une densité de population qui dépasse 2 100 hab./km² (cf. recensement de la population de Mayotte 2012).

> **Les principaux acteurs de soins en périnatalité** sont la PMI de Labattoir (2 sages-femmes, 1 infirmière), 2 dispensaires, 1 unité d'action sociale, 3 médecins généralistes et 2 kinésithérapeutes libéraux.

> **La maison de naissance de la maternité de Dzaoudzi** est intégrée à l'hôpital, centre de référence de Petite-Terre, et se situe à proximité immédiate d'un service d'urgences et de médecine (médecin sur place 24 heures/24), d'un cabinet dentaire, d'une consultation du Centre médico-psychologique et d'une consultation de kinésithérapie.

Elle semble originale de par sa situation géographique (séparée de Grande-Terre par un bras de mer) et ses spécificités d'organisation : **elle est gérée par des sages-femmes** dont le travail est essentiellement centré sur l'accueil des urgences gynéco-obstétricales, le dépistage et la surveillance des grossesses à risques, la pratique des accouchements, la prise en charge des accouchées et de leur(s) nouveau-né(s), jusqu'à la fin du premier mois si nécessaire, la gestion des transferts selon critères, en lien avec la maternité de référence de l'hôpital de Mamoudzou où se trouve le bloc opératoire et son équipe.

Ces missions tentent de se rapprocher des recommandations de la HAS grâce à des efforts d'amélioration de l'accueil, de l'accès aux soins, et un travail de réseau en constante évolution.

Les locaux sont exigus, compromettant la confidentialité : une salle d'accouchement dotée de 2 lits d'accouchements, séparés d'un paravent, 8 lits d'hospitalisations et 2 lits supplémentaires pour les surveillances spécifiques de jour, deux salles de consultations dont une avec échographe (voluson i) et monitoring.

Elle accueille plus de 800 patientes par an sur le plan gynéco-obstétrical et réalise le suivi de 10 % des femmes enceintes de l'île et environ 6 % des naissances. En 2011, 570 patientes ont été suivies et 420 naissances ont eu lieu en Petite-Terre, la différence correspondant aux transferts de parturientes concernés par les nécessités d'accouchements à la maternité de référence de Mamoudzou (cf. annexe 3)

Les sages-femmes de PMI n'ont pas les moyens humains ni matériels de faire des consultations à domicile¹³ et il n'existe pas de sages-femmes libérales en Petite-Terre. Le suivi des grossesses à risque ne peut donc être effectué que par les sages-femmes de la maternité de Dzaoudzi ou libérales en Grande-Terre, en lien avec les gynécologues¹⁰.

> **Les particularités**

• Elle est séparée du plateau technique obstétrical (Mamoudzou) par un bras de mer. La traversée en barge dure en moyenne 15 minutes mais les transferts durent en réalité au moins une heure (selon disponibilité de l'ambulance, du VSAV ou des contraintes horaires de la barge). L'hôpital n'a pas d'embarcation spécialement dédiée aux transferts

ORIGINALE EN PETITE-TERRE —

des urgences vers Mamoudzou. Les critères de transfert respectés et l'anticipation de situation problématique sont la garantie d'une bonne qualité de prise en charge.

- Elle accueille en urgence des patientes interceptées en mer à bord de *kwassa-kwassa* ou arrêtées dans la rue, en situation irrégulière, pour la plupart d'origine comorienne. Le centre de rétention administratif se situe en Petite-Terre sur la commune de Pamandzi ; la maternité de Petite-Terre est donc la seule à recevoir des femmes et enfants encadrés de policiers aux frontières dans ce contexte très particulier. Chaque femme a son histoire, des raisons qui lui sont propres de vouloir rejoindre Mayotte au péril de sa vie. Il s'agit souvent de rapprochements familiaux.

- La prévalence très importante de pathologies telles que l'hypertension artérielle et le diabète combiné à l'insuffisance en gynéco-obstétriciens et autres spécialistes, entraîne une organisation très particulière des suivis de grossesses à risques, effectués par les sages-femmes au sein des maisons de naissances.

> Répartition des missions des sages-femmes

- **La sage-femme de consultation** (dont le poste a été supprimé le 1^{er} novembre 2012) travaille en horaire continu de 7 heures à 14 heures : 4 jours/semaine pour les consultations de 9^e mois, grossesses à risques et fin grossesse et 1 jour/semaine pour effectuer les échographies morphologiques et de surveillance. Elle effectue 13 à 14 consultations/jour en moyenne.

Certaines contraintes limitent le déroulement fluide des consultations : absence de traducteur dédié à la consultation (la moitié des patientes ne parlent pas français), difficultés à communiquer avec les gynécologues de Mamoudzou (réseau téléphonique souvent perturbé, gynécologue indisponible souvent surbooké), la planification des rendez-vous de suivis de grossesses pathologiques et d'échographies est un casse-tête quotidien, toutes les échographies de dépistage et surveillance particulière ne peuvent être effectuées en une seule vacation (12 à 20 écho/sem.) et doivent donc être assimilées au planning des jours de consultations prénatales, générant une activité supplémentaire. De plus, entre chaque consultation, il est fréquent de donner des informations à toute personne se présentant à la maternité afin d'orienter en fonction de ses besoins : demande de rendez-vous, renseignements sur le suivi de grossesse et l'organisation du parcours de soins.

Les activités annexes sont nombreuses : gestion du matériel, du remplissage des 2 salles de consultations, analyse et rangement des résultats biologiques, organisation des vacations échographiques en lien avec la PMI, secrétariat téléphonique, organisation des vacations devant être assurées par les gynécologues en périphérie (consultations de grossesses à risques et échographie) honorées de manière très irrégulière en raison d'un effectif ultra-restreint, organisation de réunions de réseau périnatal de Petite-Terre visant à étudier les dossiers à connaître par l'équipe de la maternité dans le but d'une réflexion commune pour une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant. Une mise à jour d'une banque de données statistiques des nouveaux dossiers ouverts à la maternité du 1^{er} janvier au 30 octobre 2012 a permis de dégager certains indicateurs périnataux essentiels.

- **La sage-femme de garde** effectue des gardes de 12 heures, secondée de 9 h 00 à 16 h 30 par une autre sage-femme tous les jours dans la mesure du possible, depuis la suppression du poste de sage-femme de consultation.

Elle assure des consultations en urgence à l'initiative :

- **De la patiente** : pour accouchements, prise en charge de la douleur, complications de la grossesse, consultation contraception (d'urgence, pose et retrait d'implant), demande d'IVG ;

- **De la PMI** pour prise en charge d'une pathologie de la grossesse ;

- **De la PAF**, demandé par les patientes si rétention au Centre de Rétention Administratif de Pamandzi après interpellation pour situation irrégulière ou à la sortie d'un *kwassa-kwassa* : patientes en état de grande vulnérabilité nécessitant généralement une prise en charge globale et complète tant au niveau médical que psychologique, la grossesse étant le plus fréquemment non suivie, souvent à un terme bien avancé.

- **Du médecin des urgences.**

D'autres actions complémentaires sont effectuées :

- **Surveillance des patientes diabétiques** avec hospitalisation de jour ou complète (éducation alimentaire, apprentissage de l'insulinothérapie, adaptation de l'insuline en lien avec les gynécologues de Mamoudzou), consultations pour remise des résultats de bilans ,

- **Prise en charge des parturientes** : accouchement, transferts vers la maternité de Mamoudzou selon critères, transferts autres que durant le travail : pathologies de la grossesse, pathologies néonatales, postnatales, suivi des patientes et de leur(s) bébé(s) en suites de couches (patientes de Petite-Terre, accouchée ou non à Dzaoudzi), suivi post-partum mère et bébé le matin en soins externes, rapproché en cas de nécessité de surveillance, pratique de la vaccination BCG (obligatoire selon les recommandations de l'ARS 2012).

> Des projets de service émanant de sages-femmes motivées ont vu le jour :

- **Création d'une fiche d'accueil** des femmes arrivant en *kwassa-kwassa*, utilisée depuis 2 ans, élaboration d'une trame de prise en charge des complications de début de grossesse avec clichés échographiques pédagogiques (demandée par les jeunes sages-femmes souvent déboussolées face aux nombreuses consultations en urgence de début de grossesse nécessitant une échographie), mise en place de consultations de contraception du post-partum, conformément aux nouvelles compétences des sages-femmes, de manière inégale faute de plage horaire.

- **Une proposition d'amélioration de la collecte des remontées statistiques** par la création d'outils communs aux maternités périphériques a déjà été formulée sous la forme d'un répertoire nominatif des patientes admises au CHM (identification du profil social, antécédents, statut sérologique, pathologies éventuelles, issue de la grossesse...)

- **Le Codage systématique des actes de consultations et échographies**, suggéré pour une prise en compte formelle de ces activités, et nécessitant l'implication des sages-femmes dans le secteur du DIM, a été mis en œuvre depuis peu.



- **La majorité des naissances se passent en secteur hospitalier:**

maisons de naissances (4 sont réparties sur l'île), et Mamoudzou, centre de référence possédant un plateau technique de niveau IIb. Il n'existe pas de clinique privée d'accouchement. Les accouchements à domicile (sans accompagnement médical) demeurent fréquents notamment à cause des fermetures des maternités rurales en Grande-Terre, absence de véhicule personnel, pénurie de taxi surtout la nuit, et habitude des parturientes à consulter tardivement¹.

- **Le suivi médical et vaccinal** des enfants (jusqu'à 6 ans) est effectué le plus souvent en PMI par les infirmières, souvent seules, l'effectif en médecins étant là aussi extrêmement réduit.

- **Le suivi post-partum et contraception** est effectué le plus souvent à la PMI de proximité par les sages-femmes; les patientes affiliées sont de plus en plus nombreuses à consulter en libéral, surtout des sages-femmes.

Une évolution évidente des mentalités est perceptible concernant l'acceptation de la planification des naissances. Les poses d'implant sont en nette augmentation, plus ou moins bien tolérés du fait de *spotting*s pouvant générer des *mikos* (interdits): pas de rapport sexuel... L'adhésion des femmes au sujet du stérilet est plus incertaine du fait de croyances concernant les méfaits engendrés par le matériel étranger dans le corps, représentant une source de maladies infectieuses et le danger de survenue d'esprits malfaisants. Mais le "bouche-à-oreille" de satisfaction



Femme Mahoraise

durable progresse peu à peu. La prise en charge des demandes d'IVG (interruption volontaire de grossesse) s'effectue dans la majorité des cas en premier lieu à la PMI ou à la maternité de proximité pour datation de la grossesse. Puis une référence vers le service d'orthogénie à l'hôpital de Mamoudzou complète le suivi. Très peu de médecins (dispensaires ou libéraux) prennent en charge les IVG médicamenteuses. Le manque d'offre libérale et l'absence de mutuelle des usagers sont un frein à la prise en charge en privé¹.

CONCLUSION

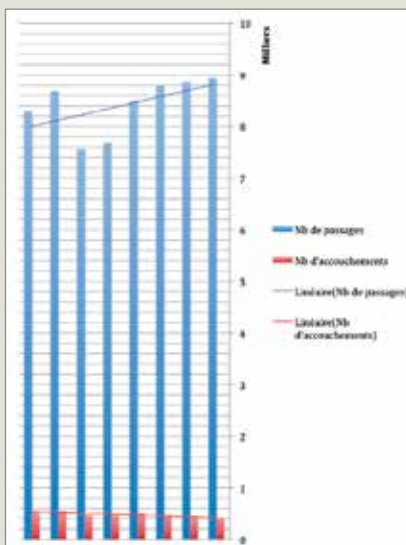
Sur cette terre de brassage ethnique, une approche interculturelle de nos patientes paraît indispensable tant nos visions du ou des mondes sont différentes. Dans notre pratique du métier de sage-femme à Mayotte, nous apprenons énormément de ces femmes à la culture prégnante, d'une patience indéfectible, et qui s'en remettent le plus souvent à Dieu. Vu la proportion conséquente de patientes ne parlant pas français et l'évolution du système de santé tentant de se calquer sur le modèle métropolitain, il serait souhaitable de proposer à l'ensemble du personnel des formations sur l'accueil, le droit à l'accès aux soins, la nécessité du travail en binôme et la traduction langagière et culturelle afin de mieux informer, orienter les patientes et se répartir davantage les tâches.

L'activité en consultations ne cesse d'augmenter, même si le nombre de naissances globales diminue (cf. graphique plus bas). Elle est le reflet de nos missions de prévention et de dépistage, dans un contexte de grande précarité touchant la moitié de nos patientes se tournant peu à peu vers la médecine moderne. Les effectifs en personnel médical étant de plus en plus restreints, le manque de prise en compte de ces facteurs risque de nuire à la qualité de prise en charge globale de nos patientes et de leur nouveau-né.

Des conséquences se profilent suite à la détérioration de nos conditions de travail: mise en péril de la sécurité des mères et des nouveau-nés par manque de cohérence, notamment dans le suivi des grossesses à risque, épuisement des membres de l'équipe par surmenage et souffrance d'origine institutionnelle, entraînant un turnover perpétuel de sages-femmes pour la plupart inexpérimentées, néanmoins motivées pour faire évoluer la prise en charge de la santé des femmes et des enfants à Mayotte.

La maison de naissance de Dzaoudzi est un établissement de santé de proximité permettant une offre de soins en santé périnatale indispensable aux familles de Petite-Terre, en complément des missions de la Protection maternelle et Infantile, des dispensaires, et de la médecine libérale trop peu représentée. Elle contribue pleinement à l'amélioration de la santé des femmes, des mères, des nouveau-nés. Néanmoins, des améliorations de fonctionnement seraient nécessaires pour répondre au mieux aux besoins de la population et aux recommandations de la Haute Autorité de santé notamment en matière de confidentialité, en matière d'accueil, du suivi échographique et de la prise en charge des événements pathologiques. ■

Représentation graphique de l'augmentation des consultations et entrées à la maternité... malgré la baisse du nombre de naissances (de 2004 à 2011)



- Consultations et entrées en augmentation.

- Chute du nombre de passages en 2006...

Facteurs probables :

- Installation de la Sécurité sociale à Mayotte courant 2005 limitant l'accès aux soins pour les personnes non affiliées à la sécurité sociale (en situation irrégulière ou en situation régulière en attente d'affiliation) ne pouvant payer la provision demandée à l'entrée de l'hôpital.
- Nbre d'expulsions en hausse pour les personnes interceptées par la police dans la rue ou à domicile entraînant des craintes à se déplacer.

- Décroissance générale de l'activité en 2011 (phénomène remarqué sur l'ensemble de l'île) probablement due au mois et demi de grève en octobre 2011

- Evidente tendance croissante depuis 2006 certainement due à un recrutement de plus en plus efficace et précoce des grossesses à risques, référées par les sages-femmes de la PMI de Labattoir, combiné à un meilleur accès aux soins.

AMINA ET LES SAGES-FEMMES

Une femme vient d'arriver dans la cour de l'hôpital de Dzaoudzi, encadrée de deux policiers aux frontières (PAF). Elle a l'air exténuée, son *Salouva* est sale et mal mis; l'odeur qu'elle dégage à son entrée dans la maternité témoigne d'une nuit en mer. "Elle a dit qu'elle a mal au ventre et qu'elle est à 7 mois de grossesse, vous me direz ce que vous en faites" me dit un des policiers avant de se poster sur un banc devant la maternité.

J'invite Amina à me suivre dans une pièce accueillant les soins externes des nouveau-nés, servant aussi de salle de consultation, aucun autre endroit n'étant disponible ce jour-là.

– "Gégé ? Wami iriwa Françoise, oussi lagoua shizoungou ?" ("Bonjour, je m'appelle Françoise, vous parlez français ?").

Sans prononcer un mot, elle me fait un signe de tête voulant dire non.

– "wawe ouriwa mbani ?" (Comment vous appelez-vous ?),

Elle me répond de manière presque imperceptible :

– "Amina",

– "wawe shi avi ?" ("D'où venez-vous ?") ?

Elle me répond tout bas :

– "Ndzouani" ("Anjouan")...

Inquiète et plutôt méfiante, elle s'allonge sur le lit d'examen tentant de rester éveillée pour comprendre mes questions posées dans un *shimaoré* incertain. J'aimerais me faire aider par ma collègue, agent de service mahoraise, mais elle est seule et occupée aux soins des nouveau-nés, très nombreux ce matin... J'obtiens quelques renseignements généraux et le motif de consultation d'Amina ainsi que ses antécédents médicaux grâce à la lecture de son carnet de santé qui sèche sur le lit : elle a 21 ans, est enceinte de son 5^e enfant. Arrivée très jeune d'Anjouan, elle a vécu toute son enfance à Mayotte sans être scolarisée, n'a pas de titre de séjour (donc en situation irrégulière) et n'est donc pas affiliée à la Sécurité sociale. Elle vit dans une cour avec sa mère, 2 autres familles et ses enfants : 1 garçon et 1 fille (nés à Mayotte), son

2^e garçon a été confié à l'âge d'1 an à sa sœur n'ayant jamais eu d'enfant, à Anjouan. Elle m'explique que la PAF l'a arrêtée dans la rue il y a 5 mois alors qu'elle se rendait à son premier rendez-vous de consultation prénatale à la PMI de Passamainty. La sage-femme, lors de sa visite du post-partum suite à son dernier accouchement d'un mort-né, lui avait bien expliqué de venir tôt si elle était de nouveau enceinte. Dans le carnet je retrouve le contexte de ce fœtus mort in utero à 33 SA : retard de croissance intra-utérin diagnostiqué à 30 SA et hospitalisation à Mamoudzou pour extraction fœtale à 32 SA. Amina a refusé la césarienne sur les conseils de sa mère. Elle a donc prié à la maison... est arrivée une semaine plus tard à maternité de Mamoudzou avec un tableau de prééclampsie et mort fœtale in utero.

Elle pense être enceinte d'au moins 7 mois, et ne se plaint de rien de particulier mais paraît très inquiète, et puis, elle est épuisée et me demande si je vais la laisser rentrer chez elle... À l'issue de l'examen obstétrical et échographique complet retenant une grossesse monofœtale évolutive à un terme imprécis de 32 SA, ne révélant aucune anomalie, un rendez-vous est prévu 3 jours plus tard pour surveillance rapprochée à Mamoudzou. Elle sera prise en charge en consultation de sage-femme de grossesses à risque à Mamoudzou (un rendez-vous en consultation de gynécologues-obstétriciens étant impossible, faute de planning préétabli pour les semaines à venir). À la fin de mes explications dans un *shimaoré* approximatif, Amina me dit avec un sourire "Kamgwawendze" (*si Dieu le veut*).

Alors que je reviens vers elle pour lui fournir un certificat de "nécessité de suivi de grossesse à Mayotte" du fait de ses antécédents et de son terme (supérieur au 7^e mois de grossesse), je ne la trouve pas. Amina a laissé toutes ses affaires et s'est enfuie; elle a dû craindre d'être récupérée par le policier et de nouveau renvoyée à Anjouan...

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête périnatale à Mayotte ARS 2010 (Dossiers statistiques, Centre d'observation et d'analyse des besoins de santé : COABS).
2. Plan stratégique de santé de la réunion et de Mayotte 2011 (ARS).
3. Recensement Mayotte. INSEE 2007, INSEE 2012,
4. *Repères pour Mayotte*, Livre d'Histoire, Vice-Rectorat de Mayotte.
5. *Culture et Traditions comoriennes face aux exigences du diagnostic anténatal* (Mémoire Master 2 Echo DAN), Dr S.Belec.
6. *Devenir mère à Mayotte : point de vue transculturel d'un psychiatre m'zungou et réflexions à propos de la prise en charge périnatale de deux patientes* (thèse), Dr B.Bechoille, 2007.
7. *La vie quotidienne à Mayotte*, Sophie Blanchy.
8. *Coutumes familiales*, Archives départementales de Mayotte.
9. *Pourquoi avoir fait de Mayotte le 101^e département français*, Christophe Dupeyrat.
10. *Rapport de la mission d'évaluation de la gynécologie-obstétrique à Mayotte* (Dr Lansac, 2009).
11. *Malnutrition à Mayotte : le cri d'alarme de Médecins du Monde*, rapport 2012.
12. Annuaire du Réseau Périnatal de Mayotte.
13. *Rapport PMI Passamainty* (Les Dossiers de l'Obs-tétrique) mars 2012 - C. Fraissais, sage-femme Mayotte.
14. *L'offre de santé à Mayotte 2009*. Rapport du Conseil économique et social et environnemental - Plan périnatal 2005-2007.

DÉFINITIONS

Taux de natalité : rapport du nombre de naissances vivantes au cours d'une période (en général l'année) à la population totale en milieu de période.

Taux de fécondité : rapport du nombre de naissances au cours d'une période à la population de femmes.

Fécondes en milieu de période : les femmes réputées fécondes sont celles âgées de 15 à 49 ans.

Indice Synthétique de Fécondité : somme de l'ensemble des taux de fécondité par âge pour une année donnée. Il indique le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde chaque femme d'une génération fictive. Pendant sa vie féconde (15-49 ans) avec les taux de fécondité par âge identiques à ceux observés l'année considérée.

(Insee, antenne de Mayotte)