

**LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN COTE  
D'IVOIRE : une recherche de stratégies pour  
l'amélioration de l'image de la sage-femme.**

BLIBOLO AD. KAKOU A. COULIBALY TRORE D. EONO P.

**RAPPORT FINAL**

**Abidjan, avril 2000**

**DR sud1/PSA/GIDIS CI-IR') (ex-ORSTOM).**

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
OBJECTIFS	4
METHODOLOGIE	5
I- L'EMPLOI DE SAGES-FEMME EN COTE D'IVOIRE	8
Les tâches attendues d'une sage-femme	
II- LA FORMATION DES SAGES-FEMMES A L'INFAS	10
II-1- Formation initiale en première année	10
II-2- Formation initiale en deuxième année	12
II-3- Formation initiale en troisième année	14
II-4- Le système d'évaluation de la formation	14
II-5- Synthèse relative à la formation initiale	16
III- ANALYSE DE L'ADEQUATION ENTRE LA FORMATION ET L'EMPLOI	19
IV- L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET SES DIFFICULTES	21
IV-1- L'image de la sage-femme ivoirienne hier et aujourd'hui	21
IV-2- Les relations de sages-femmes avec les clientes	27
IV-3- Les tâches techniques et les difficultés liées à leur réalisation	29
IV- PROPOSITIONS DE SOLUTIONS AUX PROBLEMES DE LA PROFESSION	34
VII- CONCLUSION GENERALE	37
VIII- RECOMMANDATIONS	39
IX- BIBLIOGRAPHIE	40
X- ANNEXES	45

## INTRODUCTION

La profession de Sage-femme a été introduite en Côte d'Ivoire depuis l'époque coloniale. Les premières sages-femmes exerçant dans le pays provenaient des différentes régions de l'ex Afrique Occidentale Française (AOF) et de la France. La plupart d'entre elles avaient été formées à l'école des sages-femmes de GORE au Sénégal. Après l'indépendance de la Côte d'Ivoire, la nécessité d'avoir une Ecole Nationale de formation de cette spécialité paramédicale s'est manifestée. Ainsi, en 1961, la réorganisation de l'école Nationale des Infirmiers/Infirmières (ENII) de Treich-ville a entraîné la création d'une section Sages-femmes. (Décret n° 61-191. J.O – CI du 8 juin. 1961. P. 831-834) . L'objectif de création de cet établissement était d'assurer la couverture des besoins nationaux en matière de soins obstétricaux et infantiles par la formation d'agents compétents et dévoués. Plusieurs générations de sages-femmes ont été formées dans cette Ecole.

En 1964, un décret portant réorganisation de l'ENII a entraîné la création d'une Ecole Nationale de sages-femmes. (Décret n° 64-273. J.O-CI du 31 juillet 1964). Cette école, rattachée à la faculté de Médecine et de Pharmacie d'Abidjan, avait pour but la formation des sages-femmes et la préparation au diplôme d'état décerné par le ministère de l'éducation nationale. En 1968, cette école avec le même but, fut rattachée au Centre Hospitalier et Universitaire de Treich-ville par décret. (Décret n° 68-492 du 03 octobre 1968).

En 1977, fut créée une Ecole Nationale d'infirmiers, infirmières et sages-femmes diplômés d'état. (Décret n° 77-12 du 05 janvier 1977).

En 1991, cette école est devenue un établissement public à caractère administratif dénommé Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS). (Décret n° 91-655 du 9 octobre 1991). Cet institut est chargé, dans le cadre de la politique nationale socio-sanitaire, d'assurer la formation et le perfectionnement des agents de Santé (infirmiers, sages-femmes, agents techniques de Santé, infirmiers spécialistes, sages-femmes spécialistes, agents supérieurs de Santé).

De 1990 à 1997, 514 sages-femmes ont été formées à raison de 70 par an en moyenne (Association des Jeunes médecins ivoiriens, 1998). Avant 1990, plusieurs sages-femmes (dont le nombre n'a pu être déterminé ici) sont sorties diplômées de cette école.

Dans la région sud de la santé (Abidjan), il y avait 742 sages-femmes en 1996, soit un ratio de 1 sage-femme pour 2 000 femmes en âge de procréer (contre 1 sage-femme pour 14 000 femmes en âge de procréer à l'intérieur du pays). La satisfaction des besoins en soins obstétricaux et en suivi des grossesses devrait être plus grande dans la région sud (Abidjan) qu'ailleurs compte tenu du meilleur ratio de sages-femmes dans cette région.

Mais la réalité ne confirme pas cette hypothèse, car en 1997, l'on a observé une forte déperdition entre la première consultation prénatale (de l'ordre de 60%) et la troisième consultation (20 à 23 %) dans cette région. De plus, la couverture des accouchements assistés se situait autour de 58,35% en 1996. (MSP. 1997) Par ailleurs, entre 1978 et 1998, le nombre de décès maternels s'est accru passant de 40 à 135 au CHU de Cocody. Dans la région d'Abidjan, de 1989 à 1993, il y a eu en moyenne 200 décès pour 100 000 accouchements chaque année. (Bohoussou et al. 1990).

De plus, une étude indique que la prise en charge des complications de l'accouchement souffre d'avantage de l'organisation inadéquate des services de soins et des transferts que du manque de compétence des personnels de santé (Akoi 1996). Il se pose ici un problème plus général d'organisation des services et de référence des parturientes vers les services hospitaliers spécialisés.

Les priorités et objectifs affichés en 1997 par la direction régionale sud de la santé se rapportent à l'amélioration du taux de couverture prénatale et des accouchements assistés ; à l'augmentation du taux de couverture contraceptive et à la formation d'accoucheuses traditionnelles (MSP. 1997)

Les données qui précèdent montrent que la qualité des services obstétricaux n'est pas celle souhaitée. C'est ce qui explique en partie que les services obstétricaux font l'objet de nombreuses critiques de la part du public. Les problèmes souvent évoqués dans ces critiques se rapportent surtout aux mauvaises relations des sages-femmes avec leurs clientes. A ce sujet, l'étude du CREDES<sup>1</sup> (1995) révèle que les sages-femmes sont conscientes de leur mauvaise image.

Au regard de ce qui précède, on peut se poser un ensemble de questions : que savent les sages-femmes de ce qu'on dit d'elles dans la population ? que pensent-elles de leur image et comment l'expliquent-elles ? Que proposent-elles pour améliorer leurs relations avec les clientes et partant, leur propre image ? La présente étude vise à répondre à ces différentes questions.

## **OBJECTIFS**

### Objectif général

Analyser la profession de sage-femme et proposer des solutions négociées avec ces professionnelles en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge obstétricale.

---

<sup>1</sup> Le CREDES est le Centre de Recherche et d'Etudes pour le Développement de la Santé

## Objectifs spécifiques

- Identifier les tâches attendues d'une sage-femme dans les services de santé obstétricale de Côte d'Ivoire
- Déterminer le profil de formation des sages-femmes à l'INFAS
- Analyser l'adéquation entre la formation et l'emploi de sage-femme.
- Etudier les opinions des sages-femmes sur leur image dans la population.
- Observer les sages-femmes en activités en vue de mieux comprendre les occasions et les circonstances des relations conflictuelles avec les clientes.
- Identifier avec les sages-femmes les possibilités d'amélioration de leurs relations avec les clientes et partant.

## METHODOLOGIE

### Méthodes et techniques d'enquêtes

L'étude a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire composée de 2 socio-anthropologues de la santé et d'un médecin. Elle a comporté plusieurs niveaux d'enquêtes complémentaires menées dans la Région sud 1 de la santé (ville d'Abidjan).

#### Documentation

Le premier niveau d'investigation est celui de la recherche documentaire qui visait à identifier et exploiter les écrits traitant de la profession de Sage-femme. Le protocole de recherche et les instruments d'enquête ont été finalisés à ce niveau après une pré-enquête. Des Responsables pédagogiques de l'INFAS (Institut National de Formation des Agents de Santé) ainsi que des élèves sages-femmes ont été rencontrés en tant que personnes ressources pour mieux renseigner l'équipe de recherche sur le contenu de la formation, sur leur appréciation de l'image des sages-femmes en activité et sur le profil d'agents formés à l'INFAS d'Abidjan.

#### Observation passive

Au second niveau d'investigation, il a été question d'observer des sages-femmes en activité. C'est une observation passive qui visait à apprécier la qualité des relations entre les sages-femmes et les patientes pour une plus grande connaissance des occasions de conflits et d'erreurs ou d'accidents professionnels. L'observation a également permis aux chercheurs d'être témoins de certaines difficultés rencontrées par les sages-femmes.

## Entretiens individuels qualitatifs

Un troisième niveau d'enquêtes a nécessité des entretiens qualitatifs individuels avec des sages-femmes en service dans les quatre services de santé retenus comme sites de l'étude. Ces entretiens ont permis de recueillir les opinions des sages-femmes sur leur image dans la population, sur leurs relations avec les clientes, sur leur formation et sur les solutions qu'elles proposent pour améliorer les relations avec les clientes et partant leur image.

## Focus-group

Dans un quatrième temps, des entretiens de groupe (ou focus-group) de 5 à 8 sages-femmes par service de santé ont été réalisés. Ces entretiens de groupe ont permis de discuter les déterminants de la mauvaise image des sages-femmes ainsi que les solutions proposées par celles-ci pour améliorer cette image.

## Champs géographique de l'étude

Les sites de l'étude sont au nombre de cinq : les FSU d'Abobo sud, d'Adjamé 220 logements, de Koumassi, la Clinique privée Avicennes de Marcory et l'INFAS. Le choix de ces services de santé se justifie par le fait qu'ils appartiennent au secteur public pour les uns et au secteur privé lucratif pour la Clinique. Ce qui permet une comparaison des phénomènes étudiés. Quant à l'INFAS, il a été choisi parce qu'il est l'endroit où les informations relatives à la formation initiale des sages-femmes sont disponibles.

## Echantillonnage et champ social

Le type d'échantillonnage utilisé est "l'échantillonnage sur place". Il consiste à constituer l'échantillon sur le lieu même des enquêtes en rencontrant les enquêtées qui remplissent les conditions de sélection en fonction de la spécificité de chaque site de l'enquête. Toutes les sages-femmes des quatre services de soins obstétricaux avaient les mêmes chances d'être rencontrées dans le cadre de ces enquêtes, pourvu qu'elles soient disponibles et consentantes. Ce qui a rendu nécessaire l'échantillonnage sur place.

Dans l'ensemble des quatre centres de santé, ce sont 53 sages-femmes diplômées d'Etat qui ont fait l'objet d'entretiens individuels et collectifs.

A l'INFAS, 6 élèves sages-femmes (à raison de deux par année) et 5 formateurs de ont été rencontrées.

## Analyse des données d'enquêtes

Les données qualitatives recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. L'analyse met en évidence le contenu des thèmes suivants : 1) les tâches assignées à une sage-femme dans un service de santé ; 2) le profil de formation des sages-femmes à l'INFAS ; 3) l'adéquation entre la formation et l'emploi ; 4) l'opinion des sages-femmes sur leur image, sur leurs relations avec les patientes, sur les difficultés de travail et sur les solutions à y apporter.

A la fin du processus de recueil de données et après l'analyse de celles-ci, une séance de restitution des résultats est prévu dans chacun des trois FSU. Cette restitution visait l'élaboration collective d'un contrat moral négocié avec les sages-femmes.

Par la suite, une grande réunion officielle de consensus est prévue. Tout comme les séances de restitution, cette réunion de consensus se fait avec la participation de responsables de la DR sud 1, de représentantes des sages-femmes (Bureau du Syndicat des sages-femmes par exemple), des médecins-chefs des FSU, d'enseignants de l'école des sages-femmes, des Directeurs des FSU et de la Clinique Avicenne. La participation de ces différentes personnalités se justifie par diverses raisons : elles peuvent aider à répercuter les résolutions à prendre sur l'ensemble de la corporation et assurer le suivi de l'application effective des engagements pris par les parties lors du consensus.

### Difficultés rencontrées

D'une manière générale, les investigations se sont déroulées sans problèmes majeurs : les différentes institutions et personnes ressources ont manifesté un certain intérêt pour ce travail et se sont dites disposées à contribuer à la recherche et à la mise en place de solutions aux problèmes de la profession de sage-femme en Côte d'Ivoire. Cependant, des difficultés liées au nombre des sages-femmes et à l'organisation du travail n'ont pas permis de réaliser les focus-groups prévus à la FSU d'Adjamé 220 logements et à la Clinique Avicennes. En effet, il fallait au moins cinq sages-femmes pour réaliser un focus-group. Or, à Adjamé et à Avicennes, il n'a pas été possible de réunir cinq sages-femmes au même moment : dans chaque service (salle d'accouchement, consultations prénatales, suites de couches), il n'y a que deux sages-femmes qui sont présentes à la fois. De ce fait, regrouper cinq d'entre elles pour un entretien de groupe d'une heure reviendrait à paralyser les services, ce que nous avons voulu éviter.

**Enfin, un retard de calendrier imputable à la DR SUD I n'a pas permis, malheureusement, la réalisation des restitutions et du consensus dans les délais prévus.**

## I- L'EMPLOI DE SAGE-FEMME

Employer quelqu'un, c'est lui donner du travail. Ce qui suppose que ce travail est préalablement défini, c'est à dire que les tâches à accomplir sont connues. Dans cette étude, les tâches que doit accomplir une sage-femme dans le service de santé tant sur le plan comportemental que sur le plan technique sont désignés par le terme emploi. Autrement dit, l'emploi de sage-femme désigne les qualités de la sage-femme modèle telle qu'elles ont été définies par les autorités sanitaires.

### Les qualités attendues d'une sage-femme en Côte d'Ivoire ?

Les attentes des populations à l'égard des sages-femmes sont probablement nombreuses et variées. Par contre, celles du ministère employeur sont définies et consignées dans un document élaboré par les sages-femmes elles-mêmes au sein d'un comité national de réflexion créé en 1995 sous forme de normes relatives à la pratique des soins infirmiers et obstétricaux en Côte d'Ivoire. Cette réflexion visait la « description du contenu des postes » de l'agent de santé communautaire, de l'infirmier (e) et de la sage-femme diplômé(es) d'état dans les structures de santé de niveau dit primaire. (M.S.P.A.S/ CNRSIO. 1995).

Le modèle de sage-femme ainsi dégagé peut s'apprécier à travers un certain nombre d'éléments constitutifs du comportement relationnel et technique idéal de la sage-femme.

Sur le plan des relations avec les clientes, le modèle de sage-femme souhaité renvoie aux comportements suivants :

- 1) saluer la patiente/le recevoir
- 2) installer confortablement la patiente
- 3) expliquer le règlement intérieur et le fonctionnement général du service à la patiente et à ses accompagnants.
- 4) demander le motif de la visite à la patiente
- 5) mettre la patiente en confiance
- 6) encourager la patiente

L'analyse de ces comportements relationnels met en relief les qualités de politesse (saluer la patiente), d'accueil (installer la patiente ; demander le motif de la visite) et de disponibilité (expliquer le règlement intérieur ; mettre la patiente en confiance ; l'encourager). Comme on le voit, on peut qualifier la sage-femme idéale ou modèle comme **une femme accueillante et disponible.**

S'agissant des comportements pratiques ou techniques, les tâches suivantes sont attendues des sages-femmes :

- 1) recueillir les informations (identité du client, objet de la visite, prise de constantes, etc....) nécessaires au diagnostic.
- 2) identifier les besoins de santé des clients
- 3) dépister les complications éventuelles chez la mère et chez l'enfant (hémorragie, malformation)
- 4) effectuer les soins prescrits et de nursing
- 5) effectuer l'accouchement eutocique
- 6) donner les soins appropriés aux nouveau-né, à la mère et aux autres clients
- 7) organiser des séances d'IEC (information, éducation, communication)
- 8) référer les cas graves
- 9) surveiller la patiente
- 10) donner les conseils d'usage

Un examen comparatif de ces tâches montre qu'il y a autant de tâches relatives au diagnostic (voir les tâches n° 1, 2, 3, et 8) et à l'exécution de soins infirmiers et obstétricaux (voir les tâches n° 4, 5, 6 et 9). Les tâches n° 7 et 10 étant plus portées sur les questions relatives à l'éducation pour la santé. Il y a donc clairement exprimé ici le souhait de disposer de sages-femmes techniquement polyvalentes capables d'exécuter les soins prescrits et de nursing, de poser un diagnostic, d'administrer le traitement adéquat, de référer les cas graves et de faire de la prévention.

**La sage-femme idéale doit donc être accueillante, disponible, capable de donner les soins prescrits, traiter les maladies non compliquées et les prévenir.**

Mais, pour que les sages-femmes soient en mesure de réaliser les tâches attendues d'elles, elles doivent y avoir été formées au préalable. Dès lors, il importe d'analyser le contenu de leur programme formation à l'INFAS de 1998-99.

## II- LA FORMATION DES SAGES-FEMMES A L'INFAS EN 1998-99

Depuis le 09 octobre 1991, la formation initiale des sages-femmes en CI est faite à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS). L'entrée se fait sur concours direct pour les candidats titulaires du Baccalauréat. Il y a cependant d'autres possibilités d'accès à l'Institut, par exemple les concours professionnels, et l'entrée sur titre. La formation dure 3 ans et comprend essentiellement des cours théoriques et des stages pratiques. Elle est sanctionnée par un diplôme d'Etat de sage-femme qui donne droit à l'exercice de ce métier aussi bien dans le secteur public que dans les structures privées de santé.

### II-1- Formation initiale en première année

#### II-1-1- Les objectifs de la formation

La formation en première année est commune aux infirmiers et aux sages-femmes. Les objectifs généraux à atteindre se résument aux points suivants :

- Travailler avec méthode.
- Distinguer l'homme sain de l'homme malade.
- Aborder avec tact et respect toute personne dans le cadre de l'exercice de ses fonctions et dans le respect des principes de déontologie.
- Evaluer l'état de santé de l'individu, de la mère et de l'enfant, et leurs besoins de santé.
- Instruire la famille sur l'hygiène nutritionnelle, corporelle, mentale et environnementale en vue d'améliorer leur état de santé.
- Suivre l'évolution staturo-pondérale de l'enfant sain.
- Assurer les soins d'hygiène et de confort aux malades, à l'accouchée et au nouveau-né.
- Développer le sens des responsabilités, catégorie de médicaments en respectant les dosages et la voie d'administration prescrite.
- Contribuer à la promotion des programmes et stratégies de santé en milieu rural, urbain et scolaire.
- Intégrer la politique générale de santé de la reproduction en Côte-d'Ivoire.
- S'initier à l'exercice de la profession infirmière et sage-femme, conformément aux exigences d'une conception explicite des soins infirmiers et obstétricaux.

## II-1-2- Les matières enseignées et les stages de première année

Pour atteindre les objectifs ci-dessus évoqués, des enseignements théoriques et pratiques ont été prévus. Leur nombre et leur nature peuvent varier dans le temps. Mais en 1999, ces enseignements se répartissaient comme suit selon le volume horaire :

- Technique d'expression : 14 Heures/an
- Déontologie professionnelle : 16 Heures/an
- Santé publique : 40 Heures/an
- Soins infirmiers : 125 Heures/an
- Anatomie/physiologie : 62 Heures/an
- Secourisme : 20 Heures/an
- Psychologie du malade : 10 Heures/an
- Psychosociologie : 10 Heures/an
- Microbiologie : 10 Heures/an
- Parasitologie : 10 Heures/an
- Maladies infectieuses : 20 Heures/an
- Pharmacie : 15 Heures/an
- Chirurgie générale : 20 Heures/an
- Pédiatrie : 20 Heures/an
- Droit constitutionnel : 10 Heures/an
- Obstétrique : 25 Heures/an
- Santé reproductive/P.F. : 14 Heures/an
- Diététique : Cours + T.D.
- Alimentation de l'enfant sain : Cours + T.D.
- Anatomie du sein : Cours + T.D.
- Physiologie de la lactation : Cours + T.D.
- Allaitement maternel : Cours + T.D.
- Allaitement artificiel : Cours + T.D.

A côté de ces matières théoriques, des stages sont organisés pour permettre à l'élève de 1<sup>ère</sup> année de se familiariser avec le travail qui se fait dans les services de santé. Par conséquent, les stagiaires sont amenés à faire des "petits soins" et des "petits gestes" (prise de la température, de la tension artérielle, pesée, injections IM, etc.). Les stages de 1<sup>ère</sup> année ont lieu principalement dans 5 services de santé et durent théoriquement 5 mois. Il s'agit des services de :

- Pédiatrie (1 mois)
- Santé publique (1 mois)
- Gynéco-obstétrique (1 mois)
- Médecine (1 mois)
- Chirurgie (1 mois)

En principe, chaque élève de première année doit avoir travaillé dans chacun de ces services à la fin de l'année scolaire.

## II-2- Formation initiale en deuxième année

### II-2-1- Les objectifs de la formation

En deuxième année, les élèves sages-femmes ne font plus le tronc commun avec les élèves infirmiers. Ici, la formation vise des objectifs dits d'ordre général, d'obstétrique et de santé publique.

A travers l'objectif dit général, l'élève doit être capable d'exécuter avec précision et célérité les différents soins infirmiers.

Sur le plan obstétrical, la formation doit permettre :

- de recueillir des informations pertinentes, les interpréter afin de générer des hypothèses diagnostiques vraisemblables.
- de confirmer ou d'infirmier ces hypothèses grâce aux examens paracliniques appropriés.
- de proposer des sanctions thérapeutiques de sa compétence.
- de formuler un pronostic

L'une et l'autre compétence permettent à l'élève de :

- s'intégrer dans une équipe de santé
- d'identifier un risque fœto-maternel en différenciant une grossesse normale d'une grossesse pathologique, un accouchement normal d'un accouchement dystocique.
- de conduire à bonne fin un accouchement normal.
- de reconnaître un nouveau-né mal formé ou en souffrance fœtale.
- de proposer un régime pour le nouveau-né

Enfin, au plan de la Santé publique, les élèves doivent être capables :

- d'identifier des risques liés à l'environnement socioculturel, économique ou géographique concernant la grossesse, le nouveau-né et le jeune enfant.
- concevoir et entreprendre des actions destinées à prévenir les risques maternels.

Pour atteindre ces objectifs, un ensemble de matières d'enseignement ont été prévues au programme de 1998-99.

## II-2-2- Les matières enseignées et les stages de deuxième année

Les enseignements à dispenser aux élèves sages-femmes en deuxième année ainsi que leurs volumes horaires sont les suivants :

- Technique d'expression : 14 Heures/an
- Déontologie professionnelle : 16 Heures/an
- Santé publique : 32 Heures/an
- Soins infirmiers : 30 Heures/an
- Anatomie/physiologie : 62 Heures/an
- Gynéco/obstétrique : 80 Heures/an
- Pathologie médicale : 62 Heures/an
- Chirurgie : 10 Heures/an
- Réanimation : 14 Heures/an
- Pharmacie : 30 Heures/an
- Théories sur techniques obstétricales : 36 Heures/an
- Pédiatrie : 50 Heures/an
- Droit civil et pénal(non encore fait) : 10 Heures/an
- Initiation à la méthode de recherche: 80 Heures/an
- Soins obstétricaux : 30 Heures/an
- Clinique obstétricale : 30 Heures/an

S'agissant des stages pratiques de deuxième année, l'objectif visé est d'amener les élèves, à s'intégrer dans les activités du centre d'accueil, à apprendre les gestes et la technicité professionnels. Pour ce faire, les stage ont lieu en général dans les services de Médecine (1 mois), de CPN (1 mois), dans les Salles d'accouchements (2 mois), en Pédiatrie (1 mois), dans des services de Santé Maternelle et Infantile (1 mois), dans les Suites de couche (1 mois).

Les élèves sages-femmes font également des stages dits communautaires (1 mois) en milieu semi-rural.

## II-3- Formation initiale en troisième année

### II-3-1- Les objectifs de formation

Au terme de la troisième année, l'élève sage-femme, outre les compétences acquises en deuxième année, doit être capable de :

- diriger et effectuer un accouchement normal et un accouchement dystocique.
- effectuer une réanimation néonatale immédiate
- comprendre une intervention ou manœuvre obstétricale, y participer ou la réaliser en cas de nécessité
- assurer une consultation prénatale pour grossesses normales et pathologiques
- assurer les soins aux nouveaux-nés prématurés
- participer aux consultations et explorations gynécologiques
- identifier les principaux risques maternels et foeto-infantiles liés à l'environnement
- acquérir les techniques propres à prévenir ces risques
- acquérir les techniques d'organisation et de gestion d'un service de santé

Quelles sont les matières d'enseignement prévues pour atteindre ces objectifs ?

### II-3-2- Le matières enseignées et stages en 3<sup>e</sup> année

- Santé publique	74 h /an
- Ophtalmologie	14 h /an
- ORL	14 h /an
- Dermatologie	14 h /an
- Gestion hospitalière	20 h /an
- Cancérologie	12 h /an
- Droit administratif	10 h / an
- Psychosociologie	10 h /an
- Initiation à la méthodologie de recherche	10 h /an
- Santé de la reproduction	26 h /an
- Soins infirmiers	16 h /an
- Gynécologie	68 h /an
- Soins obstétricaux	30 h /an
- Clinique obstétricale	30 h /an
- Déontologie	16 h /an

L'objectif principal des stages pratiques en troisième année sage-femme est de développer l'aptitude à la prise en charge des clientes. C'est pour cette raison que les stages se font dans les services suivants : maternité (2 mois en salle d'accouchement et 1 mois en suites de couches) ; services de planification familiale (1 mois) ; pédiatrie (2 mois) ; INHP (1 mois) ; CPN (1 mois) ; stage communautaire (1 mois).

#### II-4- Le système d'évaluation de la formation à l'INFAS

L'évaluation de la formation des élèves sages-femmes a évolué au fil des années. Dans les années 60, les élèves n'ayant pas le niveau requis après trois mois de cours étaient éliminés à l'issue d'un examen probatoire. Par la suite, l'on est passé au système des partiels qui consiste à organiser un examen par trimestre.

Actuellement, l'évaluation se fait sous forme de contrôle continue. Ainsi, toutes les matières dont le volume horaire est inférieur ou égal à 15 heures sont évaluées une seule fois. Celles dont le volume horaire est supérieur à 15 heures donnent lieu à 2 évaluations continues. En plus de ces épreuves écrites, les connaissances pratiques ainsi que les dossiers de scolarité des élèves sont également évalués.

Il faut noter que l'évaluation du dossier de scolarité comporte :

- Une note dite d'appréciation générale (discipline, régularité au cours, tenue vestimentaire).
- La note de stage
- Les notes d'évaluation continue des différents cours

La validation des épreuves pratiques porte sur :

- Les soins aux enfants
- Les soins aux adultes
- La diététique.

Pour participer à l'évaluation des épreuves pratiques, l'élève doit préalablement valider le dossier de scolarité.

Le passage en deuxième ou troisième année nécessite que l'élève réussisse les épreuves écrites et pratiques et qu'il dispose d'un dossier scolaire «satisfaisant». Si l'élève n'a pas eu la moyenne dans certaines matières, il est soumis à un examen écrit de deuxième session. En cas de succès, il se présente à l'épreuve pratique. L'élève n'ayant pas validé un stage est admis à passer en classe supérieure sous réserve de reprendre le dit stage durant un mois pendant les vacances scolaires. Si deux stages n'ont pas été validés, l'élève reprend l'année.

L'évaluation de troisième année vise à terme le diplôme d'état de sage-femme. Pour y parvenir, il faut satisfaire à ce qui est appelé «**trois jurys**» à l'INFAS. Ces jurys sont :

- 1) le dossier de scolarité (tout comme en première et deuxième année)
- 2) un examen écrit (en cas de succès au premier jury) à l'issue duquel il faut obtenir 10/20 dans chaque matière
- 3) les épreuves pratiques (pour ceux qui ont validé l'examen écrit).

Il faut noter que l'examen écrit comporte quatre épreuves qui portent sur la gynéco-obstétrique, soins infirmiers en pédiatrie, santé de la reproduction et sur la santé publique.

Les épreuves pratiques portent sur les thèmes de gynécologie, de soins aux enfants et de diététique.

Un jury national, (contrairement aux jury de première et deuxième année qui est dit local) siège et décide de l'admission définitive au regard des notes des élèves candidates.

## II-5- Synthèse sur la formation initiale des sages-femmes

Les remarques qu'inspire le contenu de la formation des élèves sages-femmes sont nombreuses. Mais les plus apparentes sont en rapport avec les objectifs et le contenu de la formation.

S'agissant des objectifs de formation, on constate que l'INFAS en a défini pour la première, deuxième et troisième année sage-femme.

En première année commune aux infirmiers et aux sages-femmes, le respect des malades par les agents en formation est un objectif clairement défini. Cette préoccupation peut être assimilée aux questions d'accueil et est suffisamment prise en compte tout le long des cours de déontologie professionnelle. En effet, ces cours portent sur le sens des serments, sur la vocation, sur les qualités morales (dévouement, bonté, bienveillance, conscience professionnelle, calme et maîtrise de soi). Ils portent également sur les obligations /devoirs de l'agent de santé face au patient et à sa famille ainsi que sur les sanctions et responsabilités de l'agent.

Par contre, en deuxième et troisième année, il n'y a aucun objectif faisant allusion à l'accueil et aux relations sages-femmes patientes. Pourtant ces deux années sont spécifiques à la formation de sages-femmes.

C'est dire que les questions relatives à l'accueil ne sont véritablement abordées qu'au moment où les sages-femmes et les infirmiers partagent la formation (en 1<sup>ère</sup> année). Dès que les sages-femmes se spécialisent (en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année), l'accueil n'apparaît plus comme un objectif explicite de formation.

Pour ce qui est du contenu de la formation, on constate que les cours de psychologie et de psychosociologie, s'ils ont été dispensés, ne traitent pas explicitement de questions d'accueil et de relations soignants/patients. Ils portent plutôt sur les maladies psychosomatiques, sur les liens entre les croyances et les comportements sanitaires, sur les mécanismes psychologiques de défense et sur la perception de la maladie par le malade.

Il peut arriver cependant de faire allusion à l'intérêt d'un bon accueil dans tous les cours.

On remarque également que les cours de ORL, de Dermatologie, de Droit administratif, d'Initiation à la recherche, le secourisme, ne se justifient par aucun objectif de formation explicitement défini.

Au sujet des stages, il faut noter que diverses raisons ne permettent pas toujours aux élèves sages-femmes de les suivre correctement. Dans certains cas, ce sont les motrices de l'INFAS qui n'arrivent pas à suivre les élèves sur le lieu de stage du fait qu'elles seraient en nombre insuffisant. Dans d'autres cas, les sages-femmes de terrain n'ont pas le temps d'encadrer les stagiaires. De plus, il arrive que des stagiaires ne fassent pas tous les stages prévus dans l'année : par exemple, chaque élève de première année doit faire 5 différents services de stages. Mais il n'en est toujours pas ainsi à l'image de Mlle K. F qui n'a effectué que 3 stages (Gynéco-obstétrique, Santé publique, Médecine générale). Elle n'a pas pu faire les services de Pédiatrie et de Chirurgie. On peut dire que sa formation pratique a été incomplète en première année et elle n'est pas la seule dans cette situation. Il y aurait des sages-femmes qui ont obtenu leurs diplômes d'état sans jamais avoir eu l'occasion de réaliser un accouchement.

Si donc des élèves n'ont pas l'occasion de faire certains de leurs stages, ils traînent des lacunes jusqu'à leur sortie de l'INFAS. Lacunes pouvant être à l'origine d'un certain nombre d'accidents professionnels qui mériteraient d'être identifiés par d'autres études.

Même si en première année, les élèves font 5 mois de stages, 8 en deuxième année, et 9 en troisième année, on peut dire, au regard de ce qui précède, que la formation est plus théorique que pratique alors que le travail de sage-femme est plus pratique.

### **Le profil de formation de la sage-femme à l'INFAS**

Pour déterminer le profil de formation souhaité, des objectifs explicitement définis pour chaque année de formation ont été comparés par année en vue d'identifier ceux qui sont repris durant tout le cursus de formation. La reprise de certains objectifs dans les programmes de formation de la sage-femme est la preuve que ceux-ci sont prioritaires et plus importants que d'autres. Ils permettent donc de déterminer le profil de formation à l'INFAS. L'analyse comparée du contenu des objectifs prioritaires a permis de les catégoriser.

Ainsi, les objectifs prioritaires de formation ont été déterminés. Ce sont : 1) être capable d'exécuter avec précision et célérité les différents soins infirmiers, d'hygiène et de confort ; 2) de réaliser un accouchement normal ; 3) évaluer l'état ou les besoins de santé de l'individu, de la mère et de l'enfant à partir d'hypothèses diagnostiques vraisemblables et d'examen paracliniques.

Les thèmes relatifs à la prise en charge thérapeutique, à la prévention et à l'accueil ne sont évoqués qu'une fois sur les listes des objectifs de formation.

Comme on le constate, les 3 catégories d'objectifs prioritaires se caractérisent par le fait qu'ils visent principalement l'accouchement, les soins infirmiers, le diagnostic.

A la lumière de ce qui précède, on voit que le profil de sage-femme qu'on souhaite former à l'INFAS est le suivant : une femme capable de réaliser un accouchement normal, prompte à exécuter les soins prescrits, pouvant reconnaître et éventuellement traiter certaines maladies.

Ce profil devrait orienter la formation effective à l'INFAS, c'est à dire que les matières d'enseignement durant tout le cursus devraient refléter les exigences des objectifs prioritaires. En est-il ainsi pour l'année scolaire 1998-99 ?

Pour répondre à cette question, il a d'abord fallu déterminer les matières principales avant de les classer selon les thèmes de leur contenu.

Est considérée comme matière principale toute matière d'enseignement au programme de chaque année de formation, dont le volume horaire est supérieur ou égale à 15 heures par an et dont l'intitulé constitue un thème de stage pratique et d'évaluation de stage.

Il ressort de la comparaison que les deux matières suivantes sont les principales, c'est à dire remplissant toutes les conditions ci-dessus énumérées. Il s'agit des matières intitulées «**soins infirmiers**» (171 heures) et «**obstétric**» (115 heures).

Ces deux matières représentent respectivement 12,29% et 8,26%, du volume horaire total des 3 années de formation théorique en 1998-99 qui est de 1391 heures. Il faut préciser qu'en première année, il y a eu 461 heures, en deuxième année 586 heures et 364 en troisième année. Quant aux stages pratiques, ils ont représenté un total de 22 mois dont 5 en première année, 8 en deuxième et 9 en troisième année.

Les matières principales ainsi identifiées permettent de dire que la sage-femme formée en 1998-99 est une technicienne des soins infirmiers et obstétricaux.

Au regard du profil de formation déterminé à partir des objectifs, on constate que l'INFAS forme effectivement le type de sage-femme qu'il s'est proposé de former : **une sage-femme formée pour réaliser les accouchements normaux et pour exécuter des soins obstétricaux.**

La question qui se pose maintenant est de savoir si ce profil correspond au type idéal de sage-femme défini par le Ministère de la Santé. En d'autres termes, y a-t-il une adéquation entre le type de sage-femme dont les autorités sanitaires ont besoin dans les services de santé et le type formé à l'INFAS ou encore entre la formation et l'emploi ?

### III- ANALYSE DE L'ADEQUATION ENTRE LA FORMATION ET L'EMPLOI

L'étude de l'adéquation entre la formation et l'emploi peut s'envisager au moins dans deux directions différentes

- Dans certains cas, il est question d'établir un équilibre entre le nombre d'agents à former et le nombre de postes d'emploi disponibles.
- Dans d'autres cas, cela veut dire qu'il faut analyser le rapport qualitatif entre le contenu de la formation reçue et les exigences du métier.

Dans la présente analyse, c'est ce second point de vue qui a été retenue dans la mesure où le terme emploi, ici, renvoie à la notion de pratique, de tâches et autorise à répondre à des questions qui correspondent à celles de l'étude à savoir : qu'est-ce que l'employeur attend de la Sage-femme dans un service de santé obstétricale du secteur public ? Quelle formation reçoit-elle en conséquence ? Cette formation est-elle conforme aux exigences du métier ?

Pour dire qu'il y a adéquation entre la formation et l'emploi de sage-femme, il faut que le profil de formation à l'INFAS corresponde à celui de la sage-femme idéale. C'est à dire que les caractéristiques de la sage-femme formée à l'INFAS en 1998-99 doivent coïncider avec celles attendues d'une sage-femme par les autorités sanitaires.

La comparaison du profil de formation au profil souhaité par la tutelle dans les services de santé montre une différence entre eux. Sur le plan technique en effet, la sage-femme formée à l'INFAS n'a pas toutes les qualités de la sage-femme modèle : d'un côté, on forme une spécialiste de soins obstétricaux et de l'autre, on attend qu'elle fasse à la fois du diagnostic, des traitements, des soins et de la prévention.

Sur le plan comportemental, la sage-femme accueillante et disponible souhaitée n'est apparemment pas celle formée à l'INFAS : non seulement les cours de déontologie prévues dans les trois années de formation n'ont été réalisés qu'en première année. De plus, les seuls cours de déontologie réalisés n'insistent pas particulièrement et explicitement sur les comportements attendus d'une sage-femme sur le terrain à savoir saluer les patientes, les installer confortablement, leur expliquer le fonctionnement du service de santé, etc.,.

**Au total, on retient que ce qui est attendu de la sage-femme formée à l'INFAS dépasse ses capacités réelles une fois dans les centres de santé : elle doit à la fois jouer le rôle d'un médecin (diagnostiquer et prescrire un traitement), d'un technicien de la santé (exécuter des soins prescrits) et faire de la prévention. Or, au regard des objectifs et du programme de formation (tout au moins), on sait qu'elle a été principalement formée pour effectuer des soins obstétricaux et prodiguer des conseils. Il y a donc une disproportion entre les attentes et les capacités.**

Cette disproportion, inadéquation pour certains et incohérence pour d'autres, est vécue comme une réalité par les sages-femmes. C'est du moins ce qui ressort des entretiens avec des sages-femmes de terrain et des élèves. En effet, cette situation constitue un problème pour certaines sages-femmes en fonction. Mme G T, sage-femme à la FSU d'Adjamé 220 logements soutient à ce sujet qu'on demande un peu trop à la sage-femme. Elle présente le problème de la manière suivante : «dans les services, tu es seule. Pas de médecin pour te dire qu'elle décision prendre en cas de difficultés. Tu es à la fois le médecin, l'infirmier, la sage-femme, la fille de salle. Comment peut-on bien travailler dans ces conditions où on est tout et on fait tout à la fois?».

Quant aux élèves sages-femmes, elles ont des avis partagés au sujet de l'adéquation entre la formation et l'emploi. Pour les premières, la formation est trop théorique et mériterait d'être complétée par des stages mieux suivis et par des recyclages périodiques. Mlle AD, troisième année à l'INFAS fait partie des élèves qui critiquent la formation pratique : " Avant ma sortie, je n'ai pu faire que deux accouchements seule. On nous laisse toute la liberté, tu peux aller au stage ou ne pas y aller, personne ne le saura. On ne contrôle que la signature... Pour l'évaluation des stages, je ne sais pas sur quoi on se base, on ne tient compte que des arrivées et départs, ce sont les majors des services qui nous notent, affirme-t-elle.

Les secondes, à l'image de Mlle AG, élève de 2<sup>ème</sup> année, se sentent bien formées et donc capables de tenir seule une maternité. Mlle A.G. est très optimiste au sujet de sa formation initiale : " Je sais que j'ai beaucoup appris au cours de cette année. Je peux tenir déjà une maternité seule car je peux faire un accouchement seule, faire un planning de consultation prénatale avec des conseils de vaccination et traiter l'anémie de la grossesse".

Les opinions des enquêtées portent également sur le fait que le volume horaire des enseignements théoriques relatifs à l'accueil est insuffisant et qu'il y a actuellement un déficit des aspects liés aux relations humaines dans la formation pratique. Déficit qui s'expliquerait par l'indisponibilité des monitrices, qui en plus de leurs rôles d'encadrement des stagiaires sur le terrain, sont occupées à dispenser des cours théoriques de planification familiale ou d'obstétrique.

Comme on le constate, ces opinions et bien d'autres confirment l'argument selon lequel la sage-femme formée à l'INFAS n'a pas tout à fait le profil attendu d'elle par la tutelle dans les services de santé.

Après l'analyse de ce que doivent faire les sages-femmes et de ce qu'elles peuvent faire à la fin de la formation initiale, il reste à étudier ce qu'elles font et ne font pas dans l'exercice du métier. Pour ce faire, l'évolution de l'image de la sage-femme dans la population, les opinions de sages-femmes sur les relations conflictuelles avec les clientes et sur leurs comportements techniques ont été retenus.

## IV- L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET SES DIFFICULTES

### IV-1- L'image de la sage-femme ivoirienne hier et aujourd'hui

La Sociologie fonctionnaliste des professions tend à considérer le groupe professionnel comme une réalité homogène partageant un ensemble minimal de pratiques, de valeurs et d'intérêts communs, l'homogénéité étant liée au contrôle, par la profession, du système de formation. C'est en réaction à cette vision unifiée des professions (médicales) que les auteurs "interactionnistes" ont mis l'accent sur l'importance des différenciations internes. La profession de sage-femme est une profession paramédicale parmi d'autres ayant sa spécificité et son image propre dans la population ivoirienne qui évoluent dans le temps.

L'image de la sage-femme ici étant la représentation figurée, la description et l'idée répandues dans la population relatives à sa profession. Cette image découle à la fois des comportements des sages-femmes et des attentes de la population à l'égard de celles-ci.

#### IV-1-1- L'image de la sage-femme avant l'indépendance

Dans les années 1920, les sages-femmes étaient formées dans la même école de médecine (de l'AOF) que les médecins. Leur formation durait 3 ans et celle des médecins 4. La charge de travail de la plupart de ces sages-femmes et des médecins était tellement importante qu'ils totalisaient cinq à six années consécutives de services sans bénéficier des congés administratifs auxquels ils avaient droit.

Dans l'ensemble, la population trouvait les sages-femmes actives et dévouées, même si les médecins trouvaient qu'elles ne faisaient pas beaucoup d'efforts pour améliorer leurs connaissances.

A leur décharge, les sages-femmes avaient peu de temps et étaient souvent nommées à l'intérieur de la colonie si bien qu'il leur était difficile de se former. (DOMERGUE-CLOAREC.D. 1986.).

En 1946, si on se montra, comme par le passé, assez satisfait de leurs services, on trouvait que c'était un personnel difficile à commander, souvent revendicatif, comprenant mal que les nécessités du service de santé ne puissent s'accorder avec leurs désirs personnels. L'évolution politique du territoire ne fut pas étrangère à cette attitude si bien que certains chefs de service de santé leur reprochaient souvent de faire intervenir leurs relations politiques. (DOMERGUE-CLOAREC.D. 1986. op cit.).

Des personnes ressources parmi lesquelles des sages-femmes d'un âge avancé affirment que leur attitude pourrait également s'expliquer par le fait que la plupart des sages-femmes, se mariaient aux médecins.

Il ressort de ce qui précède que l'image des sages-femmes était plus valorisante avant l'indépendance : formée dans la même école que les médecins, épouses de ceux-ci, dévouées à la tâche, elles répondaient aux attentes de la population. Mais la satisfaction de la population et leurs pouvoirs n'avaient pas suffi aux sages-femmes pour se faire totalement accepter par leurs partenaires professionnels, les médecins et leurs chefs de service. Quelle est l'image de la sage-femme ivoirienne en 1999 ?

#### IV-1-2- L'image de la sage-femme ivoirienne aujourd'hui

De façon empirique, nous savons que les sages-femmes font l'objet de nombreuses critiques de la part du public. Selon Mme ASSEMIAN, dans son Mémoire de fin de cycle de gestionnaires des hôpitaux.(1995), en Côte d'Ivoire les soignants sont généralement critiqués dans les foyers, dans les rues et dans les mass média.

En mars 1992, une enquête au sein des formations sanitaires du pays avait mis en évidence la mauvaise qualité des soins infirmiers et obstétricaux. (CNRSIO. 1995). Une autre étude (CREDES) révélait la même année que les sages-femmes étaient conscientes de leur mauvaise image.

A partir de 1996, la presse s'est fait l'écho de la "négligence coupable" de sages-femmes qui auraient laissé mourir une parturiente. (Soir Info n° 679 du 31-10-96 p 12). En 1997, une affaire de parturiente décédée parce qu'abandonnée par les sages-femmes a été rendue publique par des journaux (Soir Info n° 1010 du 12-12-1997). Plusieurs autres articles de journaux ont par la suite dénoncé le "mauvais comportement" des sages-femmes.

Toutes ces informations indiquent que l'image de la sage-femme s'est dégradée.

Les sages-femmes de la présente enquête le confirment à travers leurs diverses opinions et manières d'expliquer cette mauvaise image.

Opinions sur l'image de la sage-femme à l'INFAS.

A l'INFAS, l'établissement où sont formées les sages-femmes depuis 1961, les Responsables, les formateurs (sages-femmes en majorité) et les élèves sont conscients de la mauvaise image des sages-femmes qu'ils forment. Mais les raisons qui expliquent cette image ne sont pas partagées par tous.

Pour certains enquêtés, les sages-femmes n'appliquent pas toujours ce qu'elles ont appris à l'école et/ou ne sont pas recyclées. Parmi ce qu'elles n'appliqueraient pas, il y a les questions relatives à l'asepsie et aux urgences : <<elles ne connaissent pas les urgences si bien qu'elles prennent tout leur temps et ne laissent jamais ce qu'elles font pour s'occuper de la parturiente>>, précise une sage-femme enseignante. A ce sujet, il importe de noter qu'il a été constaté pendant les enquêtes qu'une gestante, apparemment un cas d'urgence, a été évacuée par la sage-femme visiblement désemparée sans aucun examen physique préalable. Ce qui pourrait confirmer sinon la méconnaissance des urgences, au moins les difficultés de gérer les urgences dans les maternités par certaines sages-femmes.

Pour d'autres agents de l'INFAS, la mauvaise image des sages-femmes provient de préjugés montés à partir d'un ou de deux cas d'erreurs qui ont été exagérés". Ils pensent que les quelques cas exagérés s'expliquent par le déficit de la notion d'accueil dans le programme de formation pratique.

Les responsables du Syndicat des sages-femmes, conscientes de ce déficit, auraient mené une campagne de sensibilisation en direction des sages-femmes. Les principaux thèmes abordés ont été l'accueil, la compétence professionnelle, l'organisation du service en vue d'améliorer l'image de marque de la sage-femme.

Sans avoir fait l'évaluation de cette campagne de sensibilisation, on peut noter que Mme S F, sage-femme à la FSU Abobo sud dit avoir changé de comportement grâce à cette campagne en ces termes : "...il faut reconnaître que parmi nous, il y avait beaucoup de sages-femmes qui n'étaient pas bien. Quand on a commencé, on nous critiquait, nous avons fait des efforts et ça a changé parce que le syndicat a insisté sur cet aspect pendant le congrès. La présidente nous a fait comprendre le côté noble de notre métier. Moi-même surtout, c'est à partir de ce moment là que j'essaie de faire un effort sur moi. Elle a fait une tournée pour cela à travers tout le pays pour sensibiliser les sages-femmes".

Au sujet de l'image des sages-femmes, les Responsables du syndicat pensent qu'il s'agit d'un problème révélateur du dysfonctionnement du système de santé et de toute l'administration. Elles déplorent l'inadéquation entre formation, encadrement, pratique et comportement des élèves. Elles ne savent pas exactement le profil de formation à l'INFAS si bien que l'une d'elles s'interroge : « forme-t-on des spécialistes ou des agents de santé ? »

Les opinions des élèves sages-femmes sont variées mais s'accordent sur le fait que l'image de la profession est mauvaise dans la population. <<Je sais qu'on critique les sages-femmes sur leur caractère. ... Les sages-femmes qui ne sont pas accueillantes crient sur les patientes, mais je pense que ce sont les clientes qui amènent les sages-femmes à crier sur elles>>, affirme AG, 2<sup>e</sup> année sage-femme INFAS.

Pour Mlle OA, 1<sup>ère</sup> année INFAS, " les sages-femmes n'accueillent pas bien les malades... Je ne sais pas pourquoi elles sont comme ça, est-ce parce qu'elles sont fières de leur métier ? " s'interroge-t-elle.

Enfin, Mlle KA, 3<sup>e</sup> année sage-femme à l'INFAS, observe : <<Dès la 1<sup>ère</sup> année, j'ai pu constater sur le terrain le problème d'accueil, les relations avec les parturientes et les parents des parturientes. Je pense qu'il y a une amélioration, mais certaines sages-femmes se comportent mal>>.

Ces trois élèves sages-femmes ont constaté sur le terrain de stage que les sages-femmes crient sur les patientes, les accueillent très mal. A leur avis, ses mauvais comportements des sages-femmes découlent soit du sentiment de supériorité qui habite les sages-femmes, soit de la mauvaise conduite des clientes.

On peut donc retenir qu'à l'école des sages-femmes, les formateurs et les élèves ont conscience de la mauvaise image de la profession de sage-femme. Qu'en pensent les sages-femmes enquêtées ?

### Opinions des sages-femmes sur leur image dans la population.

Dans les Formations sanitaires urbaines (FSU), toutes les sages-femmes de l'enquête affirment savoir que leur "nom est gâté", c'est à dire que leur image est mauvaise dans la société.

Mais, malgré le fait qu'elles sont conscientes de la dégradation de leur image, des sages-femmes précisent qu'elles ne sont pas toutes des "brebis galeuses". De plus, chacune explique à sa manière cette image.

La mauvaise image constitue un problème pour des sages-femmes : quelques unes d'entre elles auraient renoncé à ce métier à cause de la mauvaise image ; des enquêtées se déclarent prêtes à changer de métier, si elles trouvent autre chose à faire, du fait de cette même image négative. Elles regrettent d'être devenues sages-femmes et ne permettront jamais à leurs enfants de faire ce métier qu'elles trouvent difficile, ingrat et à risques (risque d'infection par le VIH, risque de rupture conjugale, risque d'emprisonnement, etc.).

Les sages-femmes de l'enquête peuvent se répartir en plusieurs catégories selon leurs manières d'expliquer leur mauvaise image dans la population.

Il y a celles qui déclarent que les sages-femmes sont responsables de cette mauvaise image.

Mme GA de la FSU d'Abobo sud l'affirme ainsi : << Si cela est arrivé, ça dépend des sages-femmes elles –même>>.

Les arguments sur lesquels elles se fondent pour rendre responsables les sages-femmes sont nombreux. Pour les unes telle que Mme NV de Koumassi, il y a des sages-femmes qui sont négligentes au travail : <<J'ai travaillé au 220 logements en 1974 et il n'y avait pas de problème. Maintenant, je sais qu'il y a une négligence>>.

Il faut noter que la FSU des 220 logements est un endroit où plusieurs décès de femmes en couches ont été imputés à la négligence coupable des sages-femmes. Ces événements ont été fortement médiatisés ces dix dernières années.

Pour d'autres enquêtées et personnes ressources, les sages-femmes s'énervent, crient et deviennent agressives lorsqu'elles veulent cacher leurs lacunes professionnelles.

Elles soutiennent que la mauvaise image est le résultat de la mauvaise conduite, des mauvais comportements de certaines sages-femmes.

Par mauvaise conduite ces personnes désignent les rackettes, le complexe de supériorité et le mauvais accueil : << il y a d'abord l'accueil et les rackettes. Des sages-femmes qui fixent des prix plus élevés que ceux prévus. Ce n'est pas bien. ... Par jour, elles peuvent avoir 25 000 F avec ces pratiques illégales. Les kits sont vendus plus chers. A la vaccination, à la pesée, en suites de couches, en salle d'accouchement, cela existe>>. Dénonce Mme E.T de FSU d'Abobo sud.

Cet argument est partagé par Mme ASSEMIAN qui a écrit que "ces pratiques illicites, composées de recouvrement parallèle et d'escroquerie dans les formations sanitaires publiques, sont d'usage courant dans les maternités : on y prélève des morceaux de savons et des sommes d'argent aux clientes...". (1995, op cit.).

Enfin, Mme R.P révèle qu'entre les femmes (sages-femmes et patientes) il y a une idée de jalousie qui explique leur mauvaise image dans la population : <<...nous sommes entre nous femmes et on se connaît. Il y a aussi une idée de jalousie. Parce que nous sages-femmes, on se dit qu'on est supérieures aux patientes et elles doivent se soumettre. Donc il y a ce complexe de supériorité ou d'infériorité>>.

Cette idée de complexe de supériorité est reprise et confirmée par un groupe de sages-femmes en ces termes : «des pauvres femmes (c'est à dire les patientes) qui ne savent même pas se laver nous critiquent, est-ce que c'est bon?>>. Même si ces sages-femmes ont eu le courage de situer la responsabilité de la mauvaise image au niveau de leur corporation, elles ne prennent pas en compte les autres facteurs qui contribuent à la détérioration de cette image. C'est ce que fait une seconde catégorie d'enquêtées qui situe la responsabilité à un autre niveau.

En effet, il y a des sages-femmes pour qui les erreurs commises sont minimales mais malheureusement exagérées par des patientes, par la presse et surtout par leurs patrons (les médecins et le ministre de la santé). L'argument développé par ces sages-femmes consiste à dire que si les médecins et le ministre (de la santé) parlent mal d'elles, les gens vont les traiter comme cela se passe actuellement, c'est à dire mal : "par exemple, si tu as un enfant qui a un comportement qui n'est pas bon, si toi le père tu ne l'exposes pas dehors, les gens ne le sauront pas".

Le père de l'enfant ici, c'est le ministre ou le médecin, c'est à dire les patrons qui seraient à l'origine de la mauvaise image des sages-femmes.

Cette mise en cause des médecins et du ministre de la santé se saisit à travers certaines situations évoquées par les sages-femmes.

Par exemple, les sages-femmes ne comprennent pas pourquoi en cas d'erreurs ou de fautes professionnelles mortelles, l'employeur, le ministre de la santé, les condamne et les sanctionne sans les avoir entendues. Pourtant, elles travaillent pour cet employeur et non pour elles-mêmes. De ce fait, de leur point de vue, si elles commettent des erreurs ou des fautes qui entraînent des décès, c'est d'abord de la responsabilité de l'employeur. Quitte à celui-ci de montrer que la sage-femme a commis la faute de façon volontaire avant de la sanctionner.

Se posent alors un ensemble de questions : la sage-femme en particulier et les personnels soignants en général ne sont-ils pas protégés en cas d'accidents professionnels ? Devraient-ils être protégés ? si oui contre quoi, contre qui et comment ?

La plupart des sages-femmes mettent l'accent sur le mauvais comportement des patientes : dans la dégradation de leur image et de leurs relations avec les patientes, la part de responsabilité des sages-femmes a été estimée par une enquêtée à 1/3 et celle des patientes aux 2/3. Elle veut ainsi montrer que les sages-femmes ne sont pas les principales responsables des mauvaises relations avec les patientes. Selon elles, des patientes adoptent des conduites inacceptables à leur égard, ce qui détériore les relations thérapeutiques. Leurs reproches aux patientes se résument dans des termes du genre "elles ne comprennent rien" "elles ne sont pas reconnaissantes" "elles se préparent à nous faire des histoires avant d'arriver en consultations" "elles ne sont pas patientes" etc. Elles pensent donc que les patientes méritent d'être éduquées par les mass-médias.

#### IV- 2- Les relations des sages-femmes avec les clientes

Il faut rappeler que le terme accueil, dans les documents officiels du Ministère de la santé, réfère aux comportements suivants :

- saluer la patiente
- installer confortablement la patiente
- expliquer le règlement intérieur et le fonctionnement général du service à la patiente et à ses accompagnants.
- demander le motif de la visite à la patiente
- mettre la patiente en confiance
- encourager la patiente

Pour savoir si les sages-femmes adoptent ces comportements attendus d'elles à l'égard des patientes, elles ont été observées en activité dans le cadre de l'étude.

##### **Demander le motif de la visite**

Le motif de la visite est systématiquement demandé par les sages-femmes aussi bien en consultation prénatale qu'en salle d'accouchement. Mais il a été constaté que quelquefois, certaines patientes sont hostiles aux questions posées et se refusent à y répondre. Il faut noter que la demande du motif de la visite est quelquefois exprimée par la sage-femme avec beaucoup d'empressement, ce qui fait penser que le ton est agressif. Par exemple, "y a quoi ?" ou bien "oui, où tu as mal ?" ou encore "je t'écoute, qu'est ce qui ne va pas ?".

##### **Saluer les clientes**

Dans toutes les FSU publiques de l'enquête, ce sont plutôt les patientes qui disent souvent bonjour aux sages-femmes. Il a été constaté que la plupart des sages-femmes répondent à ces salutations mais quelques-unes n'y répondent pas. Pour quoi donc des sages-femmes ne disent-elles pas bonjour alors qu'on le leur demande ? L'une des raisons est liée à l'impression qui se dégage des propos de certaines sages-femmes : au sujet de la salutation des patientes, il semble que le plus important pour les sages-femmes n'est pas de répondre aux saluts des clientes encore moins leur dire bonjour mais plutôt de répondre aux besoins de soins médicaux des patientes.

### **Installer confortablement la patiente**

Installer les clientes peut se comprendre au moins de deux manières. Dans le premier cas, il s'agit les accompagner et de les aider à s'asseoir ou à se coucher. Dans le second cas, installer les clientes veut dire leur indiquer l'endroit où elles doivent s'asseoir ou se coucher sans les y aider.

La première se fait très rarement dans les FSU de l'enquête au point où il est possible de dire qu'elle ne se fait jamais. Par contre, quelques rares sages-femmes du public aident de temps à autre les patientes, notamment les parturientes à s'installer en plaçant bien l'escabeau ou le drap. Mais dans la Clinique privée, cette forme d'installation est la plus courante.

En général, dans le secteur public, les sages-femmes demandent plutôt aux patientes de s'installer sur la table de consultation ou d'accouchement. Les termes et les tons dans lesquels elles leur demandent de s'installer varient d'un individu à l'autre, d'une patiente à une autre et d'un moment à l'autre. Mais souvent, c'est sous forme d'ordre que cette demande est faite aux patientes : «<montes là-bas ; déshabilles toi ; couches toi ; descends, etc.>». Le niveau socio-économique de la patiente a tendance à influencer sur le caractère quelque peu militaire du ton de cette demande. Ainsi, en présence de patientes de niveau socio-économique moyen ou supérieur à celui de la sage-femme, la demande est plus courtoise : «< montez sur la table, couchez-vous, etc. >». C'est peut-être pour cette raison que Mme AH affirme qu'elle regarde toujours «l'identité» du mari de ces patientes pour en tenir compte dans les relations thérapeutiques.

### **Expliquer le règlement intérieur et le fonctionnement général du service à la cliente**

Ce qui a été observé à ce sujet est que dans les consultations prénatales, les sages-femmes donnent presque systématiquement des informations sur les jours de réception des primipare et des multipare. Dans les salles d'accouchements, on demande systématiquement aux clientes d'acheter des gants avant tout toucher vaginal ainsi que des médicaments spécifiques injectables pour faciliter l'accouchement. Au cas où ces informations et pratiques constituent une manière d'expliquer le règlement intérieur et le fonctionnement général du service, on peut dire que les sages-femmes du secteur public font ce qu'elles doivent faire à ce sujet. Mais si ce terme veut dire autre chose, alors, on peut affirmer que le règlement intérieur et le fonctionnement général du service ne sont presque jamais expliqués aux patientes et à leurs accompagnants aussi bien en CPN qu'en salle d'accouchement.

### Mettre les patientes en confiance et les encourager

La mise en confiance n'a pas été constatée dans les FSU où les enquêtes ont été réalisées. Même les mots d'encouragement aux patientes sont rares. Après l'accouchement, les sages-femmes déposent immédiatement le bébé sur le ventre de la nouvelle maman et lui disent souvent "attrapes ton enfant".

Par contre, disons qu'il est reproché aux sages-femmes de crier et d'exercer des agressions verbales sur les patientes. A ce sujet, la plupart des sages-femmes affirment : <<il y a des moments où il faut crier surtout quand la vie de l'enfant est menacée, (c'est-à-dire au moment où la femme est entrain d'accoucher), il faut crier sur elles pour qu'elles poussent l'enfant à sortir. Parce que si l'enfant meurt, nous sommes les deux, coupables de meurtre>>.

Ou encore <<C'est toujours en salle d'accouchement qu'il y a des problèmes parce qu'on crie un peu sur les femmes pour ne pas qu'elles perdent leurs bébés mais elles prennent cela en mal>>.

### III-3- Les tâches techniques et les difficultés lies à leur réalisation.

Parmi les tâches assignées aux sages-femmes, les suivantes sont en rapport avec la pratique obstétricale :

- recueillir les informations (identité du client, objet de la visite, prise de constantes, etc....) nécessaires au diagnostic.
- identifier les besoins de santé des clients
- dépister les complications éventuelles chez la mère et chez l'enfant (hémorragie, malformation)
- effectuer les soins prescrits et de nursing
- effectuer l'accouchement eutocique
- donner les soins appropriés aux nouveau-né, à la mère et aux autres clients
- organiser des séances d'IEC (information, éducation, communication)
- référer les cas graves
- surveiller la patiente
- donner les conseils d'usage

Il est vrai que l'enquête ne permet pas de savoir si chacune de ces tâches est réalisée comme il se doit. Mais elle permet de dire si chaque tâche est effective ou non.

**Recueillir des informations** (identité du client, objet de la visite, prises de constantes, etc....) **nécessaires au diagnostic et à l'identification des besoins de santé des clientes**

Cette tâche est presque systématique chez toutes les sages-femmes observées. Mais quelques rares fois, certaines sages-femmes qui paniquent devant une urgence peuvent ne pas recueillir toutes les informations permettant d'identifier les besoins de santé de la cliente. Par ailleurs, le manque de matériel de travail dans les FSU publiques ne permet pas la prise des constantes.

Il faut noter qu'au moment des enquêtes, il a été constaté qu'il n'y avait pas de thermomètre dans les CPN de toutes les FSU (Abobo sud, 220 logements et Koumassi). Par contre, deux FSU (220 logements et Abobo) sur trois possédaient des pèse-personnes et des tensiomètres dans leurs services de consultation prénatale. La toise à mesurer n'existait que dans les services de CPN d'une seule FSU (Abobo sud) sur les trois.

Dans les salles d'accouchement, il y avait des pèses bébés dans toutes les FSU. Par contre le tensiomètre, le pèse personne et la toise à mesurer n'existait que dans une FSU (Koumassi) sur les trois. Il y avait le thermomètre dans la salle d'accouchement d'une seule FSU (Koumassi).

Mais, malgré l'existence d'un thermomètre dans cette salle, la température des patientes n'a pas été prise une seule fois, alors que plusieurs ordonnances de traitement du paludisme ont été délivrées par la sage-femme. Une autre sage-femme a précisé qu'elle ne prend la température que chez des gestantes malades en CPN. Dans ce cas, ce sont les patientes elles-mêmes qui achètent le thermomètre.

Toutes ces informations indiquent que les FSU de l'enquête connaissent des problèmes de matériel de travail, ce qui ne facilite pas la prise de certaines constantes nécessaires au diagnostic et aux dépistages de complications. Mais le fait de posséder du matériel ne signifie pas forcément qu'il est utilisé.

**Dépister des complications éventuelles chez la mère et chez l'enfant (hémorragie, malformation)**

C'est une activité qui se fait théoriquement aussi bien en consultation prénatale qu'en salle d'accouchement et en suites de couches. Mais il faut dire que l'insuffisance du matériel de travail ne permet pas de dépister certaines complications en réalité. Il semble que l'un des accidents survenus à la FSU d'Adjamé 220 logements aurait été évité si la table d'accouchement n'était pas défectueuse, si le tensiomètre fonctionnait, si l'ambulance était en bon état et si le téléphone marchait. C'est ce que révèle le médecin-chef de ladite FSU au moment où une femme parturiente est tombée du lit avant de décéder plus tard au CHU de Treichville.

A ce sujet, le Pr. B affirme que les sages-femmes incriminées dans cette affaire ont été injustement condamnées et sanctionnées : <<la parturiente était hypertendue et faisait une crise d'éclampsie, donc elle était très agitée. Une table d'accouchement réglementaire mesure 1 mètre de large alors que celles qui étaient là mesuraient 50 cm. Ce n'est pas normal et je l'avais déjà signifié par écrit à la DR sud. Il fallait prendre la tension artérielle de cette parturiente, mais le tensiomètre n'était pas fonctionnel. C'est au CHU qu'on a découvert plus tard qu'elle était hypertendue. Lorsque la femme est tombée, il fallait l'évacuer, mais l'ambulance ne marchait pas. Les sages-femmes devaient appeler les sapeurs pompiers, mais le téléphone ne fonctionnait pas. Elles ont dû sortir de la maternité pour aller appeler les sapeurs pompiers dans une cabine téléphonique du quartier. C'est ainsi que la femme a été évacuée au CHU de Treichville où elle a été suivie avant de décéder>>.

L'accident dont il est question ici date de novembre 1996. Les sages-femmes mises en cause ont été arrêtées et déférées au parquet. Le Ministre de la santé aurait condamné ces sages-femmes à la télévision et suspendu leur salaire.

Mais selon le Pr. B., alors médecin-chef de la FSU d'Adjamé, les sages-femmes n'ont pas été jetées en prison grâce à la lettre qu'il avait adressée aux autorités sanitaires indiquant que les tables d'accouchement du service étaient à changer parce que défaillantes. Les autorités ne les ayant pas changé, il a protesté auprès du Procureur de la République pour prouver que les sages-femmes sont accusées injustement.

#### Effectuer les soins prescrits et de nursing

Cette tâche s'accomplit à tout moment, mais de diverses manières selon que la sage-femme est en CPN ou à la maternité. En CPN, les soins sont presque toujours prescrits et exécutés par les sages-femmes elles-mêmes. A la maternité également, ce sont les sages-femmes qui prescrivent et exécutent les soins. Sauf dans les cas où les médecins des services de gynécologie des dites FSU demandent à des sages-femmes d'exécuter des soins qu'ils ont prescrits.

L'une des tâches officiellement assignées à la sage-femme ivoirienne est **Effectuer l'accouchement eutocique**. Mais toutes les sages-femmes de l'enquête affirment que la salle d'accouchement est redoutée parce que c'est stressant de surveiller plusieurs femmes jusqu'à l'accouchement et parce qu'il y a des accidents qui peuvent survenir. <<Certaines sages-femmes n'acceptent pas la rotation dans les services. Elles ont toutes des papiers de maladies qui ne leur permettent pas de prendre les gardes à la salle d'accouchement. D'autres disent qu'elles sont vieilles et fatiguées de faire les accouchements, donc ce sont les plus jeunes qui doivent travailler à la salle d'accouchement>> remarque Mme ZD de la FSU de Koumassi. C'est probablement cette peur des accidents qui amène certaines sages-femmes à référer souvent leurs patientes dans les CHU.

En effet, il est demandé aux sages-femmes de référer les cas graves vers les services compétents. Mais à les écouter, on croirait que les références posent problèmes. << Nous referons beaucoup parce que nous avons peur ; nous ne sommes pas des médecins, si nous faisons ce que nous pouvons et référons lorsqu'on se sent incapable, nos collègues du CHU sont les premiers à nous accuser de trop évacuer>> reconnaît Mme PD, sage-femme aux 220 logements.

<<Les médecins des CHU nous causent beaucoup de problèmes. Ils pensent qu'on évacue trop parce qu'ils se sentent débordés et pensent qu'on ne fait pas suffisamment d'efforts>>, déplore une enquêtée de la FSU de Koumassi.

Le même problème se pose à la FSU d'Abobo sud : << On ne sait plus quoi faire. Quand on fait ce qu'on peut, on dit que ce n'est pas bien fait, quand on évacue les cas compliqués, on dit qu'on évacue trop>>.

Pourtant, selon le chef du service de Gynécologie du CHU de Cocody, il y a des situations précises où on évacue, mais pour éviter des accidents, il est demandé d'évacuer tout.

Il faut à ce sujet dire qu'une récente étude, celle de Akoi A (1999), indique que de 1998 à 1999, le taux d'évacuation des parturientes a été de 25% à la FSU d'Abobo sud et de 21% à la FSU des 220 logements.

Dans l'exercice de leur profession, les sages-femmes **doivent surveiller la patiente et lui donner les conseils d'usage**. Souvent, la sage-femme n'a pas l'occasion de surveiller les patientes en consultations prénatales. Mais elles assurent le suivi régulier des femmes enceintes.

Par contre, dans toutes les FSU de l'enquête, il y a des salles de travail où les parturientes en début de travail sont mises en observation. Les femmes qui ont accouché sont également mises en observation dans chacune de ces FSU pendant 2 à 6 heures selon le cas.

S'agissant des conseils d'usage, il est certain que les sages-femmes ont l'habitude de les donner aux patientes souvent en rapport avec l'affection dépistée. Les sages-femmes expliquent comment prendre les médicaments prescrits aux patientes ainsi que le calendrier du suivi prénatal ainsi que les différents examens de laboratoire à faire.

Des séances d'IEC sont, semble-t-il, quelquefois organisées au profit des patientes.

Mais, selon une sage-femme, la communication n'est pas facile, elle est même qualifiée de difficile entre les sages-femmes et les patientes : <<nous sommes débordées, donc on ne peut pas passer le temps qu'il faut avec chaque femme pour qu'elle arrive à comprendre. Les patientes ne nous considèrent pas. Certaines nous jettent le carnet. Les patientes sont impatientes. Elles veulent toujours être reçues plus vite que les autres>>.

Cette idée est reprise en d'autres termes par une autre sage-femme : <<les patientes ne sont pas patientes. Nous aussi avec le manque de temps, on n'arrive pas à leur expliquer bien et calmement. Elles s'énervent, nous aussi, on s'énerve et il y a des échauffements et c'est elles qui payent les pots cassés>>.

Enfin, il a été observé dans les FSU de l'étude que les sages-femmes effectuent **la toilette vulvaire des patientes**, même s'il est vrai que cette activité est en général exécutée par les filles de salle après l'accouchement. D'une manière générale, cette toilette consiste à laver le sang et à mettre des garnitures à la patiente avant de la transférer dans un lit en suites de couches. Lorsque la sage-femme est amenée à faire accoucher deux à trois parturientes à la fois, elle demande à la fille de salle de l'aider à s'occuper d'autres accouchements. Il arrive d'ailleurs que des sages-femmes soient obligées d'accoucher des parturientes ayant des matières fécales sur leurs corps.

A la FSU des 220 logements par exemple, toutes les parturientes mises en observation dans la salle de travail ont été amenées à fuir leurs lits à cause des mauvaises odeurs d'origine fécale qu'une parturiente descendue d'un taxi avait propagé dans la salle d'accouchement.

Mais, malgré le fait que ces odeurs étaient difficiles à supporter, les sages-femmes et la fille de salle étaient obligées d'accoucher cette dame dont la tête du bébé était déjà engagée. Ce sont ce genre de difficultés vécues tous les jours à la salle d'accouchement qu'évoquent Mme D.S <<quand des femmes arrivent, elles font des selles, elles se traînent dans les selles et on est obligé parfois de les laver avant de continuer le travail d'accouchement et c'est difficile>>.

## **IV- PROPOSITIONS DE SOLUTIONS AUX PROBLEMES DE LA PROFESSION**

Les sages-femmes rencontrées au cours de l'enquête ont fait des propositions pour améliorer leur image dans la population générale. Ces propositions ont été regroupées en deux parties : celles qui peuvent être appliquées par les sages-femmes elles-mêmes et celles dont l'application relèvent d'autres personnes/institutions (DR SUD, Ministère, Syndicat, Directeurs, etc.).

### **IV-1- Solutions pouvant être appliquées par les sages-femmes**

Conscientes du fait que l'image de la sage-femme est ternie dans la population, des sages-femmes pensent avoir une part de responsabilité dans la dégradation de leurs rapports avec les patientes. Par conséquent, elles se disent qu'il leur faut œuvrer dans le sens de l'amélioration de leurs rapports avec leurs patientes, ce qui pourrait contribuer à changer positivement leur image dans la population. Pour ce faire, elles disent que la sage-femme doit "faire un effort pour supporter les caprices des clientes". Elles se proposent également d'organiser des réunions entre elles pendant lesquelles il sera question de faire des reproches aux sages-femmes qui se conduisent mal afin d'arriver à une prise de conscience.

Les sages-femmes reprochent aux patientes leur impatience qui est à l'origine de la nervosité et des conflits. Elles pensent qu'il faut éduquer les patientes en mettant l'accent sur les relations thérapeutiques dans les FSU. En effet, il s'agirait pour les sages-femmes de réorienter les séances d'IEC, qui existent déjà dans la plupart des FSU, dans le sens de meilleures relations avec les patientes.

Les sages-femmes expriment le besoin de formation en droit. Pour cela elles parlent d'organisation de formations continues régulières à leur profit et notamment sur leurs droits et leurs devoirs.

L'enquête auprès des sages-femmes montre que la salle d'accouchement est le service le plus redouté par ces professionnelles. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette salle est le lieu où surviennent les occasions de conflit et d'accidents. Pour éviter les gardes de nuit en salle d'accouchement, diverses stratégies sont adoptées par des sages-femmes : certaines se font établir des certificats médicaux de complaisance, dit-on et d'autres se prévalent du droit d'aînesse pour ne pas y travailler.

Pour que les tours de gardes de nuit soient assurés de façon équitable, des enquêtées proposent à toutes les sages-femmes d'une même FSU de travailler à tour de rôle dans la salle d'accouchement. Ce qui permettrait de renforcer les équipes de garde et aiderait à les rendre moins contraignantes.

Pour éviter des accidents et des évacuations ou références abusives, des sages-femmes pensent qu'il faudrait instituer "des staffs de service en vue de définir les cas à évacuer".

En plus de ces propositions, les sages-femmes ont fait des suggestions de solutions qui relèvent d'autres partenaires.

#### IV-2- Solutions relevant des autres partenaires

Dans le secteur public, les difficultés de communication sont souvent source de conflit entre les sages-femmes et les clientes. En mettant l'accent sur l'accueil pendant la formation à l'école, il est possible que les sages-femmes soient préparées à ces diverses situations. C'est du moins ce que préconisent certaines enquêtées.

Une fois sur le terrain, les sages-femmes n'ont plus accès à des formations, or la médecine évolue. Pour suivre cette évolution, il faudrait qu'elles puissent participer à des séminaires de formation et à des cours de recyclages. Ces cours pourraient être organisés par l'école des sages-femmes ou par les centres de santé eux-mêmes.

Dans le même ordre d'idée, l'organisation de réunions périodiques entre les maternités des FSU et les maternités des CHU sur les conditions d'évacuation des patientes peut aider à résoudre les problèmes rencontrés par les sages-femmes.

Pour réduire le nombre d'occasions de conflits, des sages-femmes proposent la création de pavillons d'attente pour les parents des parturientes.

En effet, nos observations nous ont permis de voir qu'il existe de véritables conflits entre les parents et les sages-femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les parents veulent avoir la plupart du temps accès à la salle d'accouchement pour mieux assister leur parente soit en leur donnant des médicaments traditionnels, en leur apportant un soutien quelconque.

Des enquêtées souhaitent une amélioration des conditions de travail (mieux équiper les FSU, éclairage et aération des salles, petit matériel médical), augmenter le nombre de sages-femmes pour réduire la charge de travail.

Les enquêtées sont unanimes à souhaiter que leur salaire connaisse une augmentation et que le service leur procure à manger pendant les permanences de nuit. Selon elles, ces mesures pourraient contribuer à les motiver davantage au travail.

Mais les remarques d'une Responsable du syndicat des sages-femmes à ce sujet font croire que ces mesures s'avèrent insuffisantes pour motiver les sages-femmes. En effet, cette responsable syndicale pose des problèmes d'ordre identitaire et de pouvoir qui se présentent sous la forme d'un mouvement descendant dans la hiérarchie médicale, ce que les sociologues appellent une mobilité sociale verticale<sup>2</sup>. Elle l'exprime ainsi : «j'ai été formée entre 1966 et 69 à Dakar. Les sages-femmes (en ce moment là) venaient juste après les médecins (dans la hiérarchie médicale) : elles étaient mariées aux médecins ; elles avaient des responsabilités et décidaient. ... Depuis 1986, il n'est plus possible de devenir médecin quand on est sage-femme, (ce qui était le cas avant). Ce n'est pas motivant»

En guise de solutions aux problèmes de motivation des sages-femmes, cette responsable semble dire qu'il faut restituer à la sage-femme son pouvoir de décision et son statut social qu'elle a perdus.

La question de pouvoir est très présente dans le discours de nombreuses sages-femmes. Lorsqu'elles parlent de leurs relations avec les patientes, elles expriment souvent l'idée de «commandement» de «domination» de «de supériorité ou de fierté» de «soumission». Ces termes et bien d'autres réfèrent au phénomène du politique, du moins pour le sociologue, dans la mesure où le politique ou les relations politiques se caractérisent par le commandement des uns et l'obéissance des autres.

Cette dernière proposition de solutions montre donc que l'amélioration des relations de la sage-femme avec ses clientes nécessite la participation de tous aux efforts constants de sensibilisation aussi bien à l'école que sur le terrain.

---

<sup>2</sup> La mobilité sociale est le déplacement d'individus, groupes ou éléments de civilisation dans la hiérarchie ou dans l'espace social. S'agissant des individus, la mobilité sociale est dite verticale lorsque le mouvement de ceux-ci est ascendant ou descendant d'une couche sociale vers une autre, supérieure ou inférieure. La mobilité sociale horizontale est le déplacement des individus d'un groupe vers un autre de même niveau social.

Avant 1986, une sage-femme était un médecin potentiel. Depuis cette année, la sage-femme ne peut plus devenir médecin. Elle perd ainsi une place dans la couche sociale supérieure et se retrouve dans une couche sociale inférieure. C'est ce mouvement qui s'appelle « mobilité sociale verticale descendante» en Sociologie.

## **V- CONCLUSION**

L'analyse de la profession de sage-femme telle qu'elle est faite ici est intéressante à deux titres au moins.

- Sur le plan de la recherche, l'étude fournit des éléments de connaissance permettant de savoir que les relations conflictuelles entre les sages-femmes et les clients ne s'expliquent pas uniquement et principalement par le « mauvais comportement » de celles-ci. Dès lors, l'appréciation objective du problème de relations conflictuelles commande qu'il soit pris en compte l'existence d'autres facteurs explicatifs. Parmi ces facteurs, il y a les conditions matérielles de travail, le contexte socioculturel général des relations humaines, les comportements des patientes et de leurs parents dans les services de santé, l'adéquation entre la formation reçue et les exigences du métier qui méritent d'être pris en compte.

L'étude permet également de mieux connaître les différentes raisons pour lesquelles l'image de la sage-femme s'est détériorée.

- L'étude peut également contribuer à orienter des actions visant à améliorer l'image de la sage-femme et à réduire la fréquence des occasions de conflits entre les sages-femmes et les clientes.

Malgré ce double intérêt, l'étude ne peut, à elle seule, entraîner les améliorations souhaitées. Les différents partenaires devraient donc s'impliquer dans la mise en œuvre des solutions possibles en se servant des connaissances fournies par l'étude comme des éléments d'éclairage de leurs actions.

## RECOMMANDATIONS

Les recommandations se situent aussi bien au niveau des relations des sages-femmes avec les clientes, à celui de la formation qu'au niveau des conditions matérielles de travail.

### Relations entre sages-femmes et clientes

- Sensibiliser, de façon périodique, les sages-femmes sur la nécessité de répondre à la salutation des clientes, de leur sourire d'avantage et de leur montrer qu'elles partagent leurs douleurs pendant l'accouchement.
- Encourager les sages-femmes à donner aux accompagnants des informations relatives à l'évolution de l'état de santé de leurs parentes en salle d'accouchement.

### Formation des sages-femmes

- Améliorer la formation initiale en adaptant davantage les objectifs de formation aux exigences du métier, en insistant sur le suivi des stages et sur le bon accueil.
- Instituer des séances de formation continue incluant les relations des sages-femmes avec leurs clientes

### Conditions matérielle de travail

- Mieux équiper les Formations Sanitaires Urbaines et autres services de santé obstétricale en matériel de travail

**BIBLIOGRAPHIE**

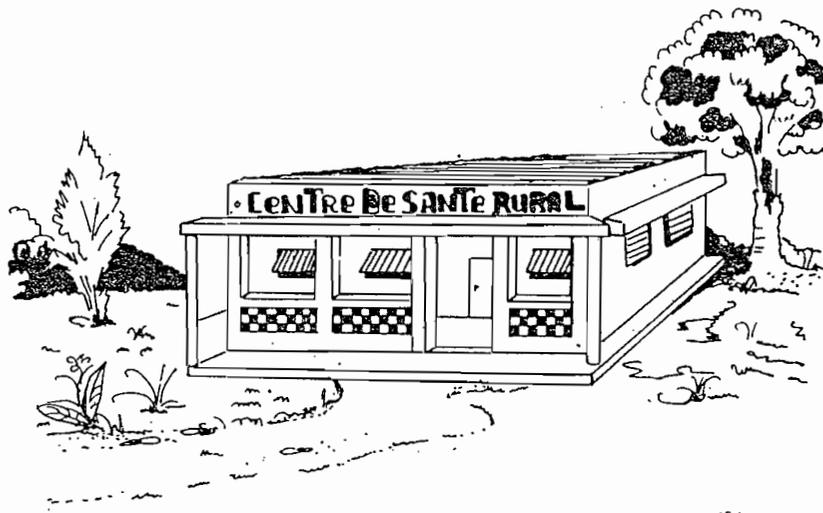
- AKOI AHIZI F et al : Evacuation des parturientes à Abidjan, PSA/DR sud 1, 1996.
- ASSEMIAN . L'accueil dans les structures sanitaires publiques de la DR sud. Mémoire de fin de cycle des gestionnaires des hôpitaux. ENA/MSP. Abidjan.1995.
- Association des Jeunes Médecins Ivoiriens : Trajectoire des professionnels de la santé en Côte d'Ivoire. PSA/DR sud 1. Abidjan. Décembre 1998. Rapport préliminaire.
- BOHOUSSOU KM et al : Etude épidémiologique de la mortalité maternelle à Abidjan 1988. In inter-fac Afrique N° 13, 1990-P-45-48.
- DOMERGUE – Cloarec D. Politique coloniale Française et réalités coloniales. La Santé en Côte d'Ivoire. 1905-1958. Série C. Tome 1 et 2- Université de Toulouse-le-Mirail.1986.
- JAFFRE Y et Prual A. « Le corps des sages-femmes ». Entre identité professionnelle et sociale. In sciences sociales, Vol XI, n° 2 .1993 : 63-80.
- KIENZZY A : Prise en charge des grossesses à risques, études sur les filières de soins à Abidjan, Projet Santé. Abidjan/Coopération Française, Janvier 1998.
- Marc L. Médecine en uniforme et uniformité de la médecine : carrière et identité du médecin des armées.
- Ministère de la Santé Publique : Situation sanitaire nationale. Doc de la séance solennelle d'installation du Comité National de l'Action Sanitaire- Abidjan- 27 Fev 1997.
- Ministère de la Santé Publique : les nouvelles orientations en matières d'exercice des professions de la Santé. Volume I. Document préliminaire. Credes/Ceprass. Abidjan-1995.
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale- Décret N° 91-655 du 09 Octobre 1991 portant création et organisation d'un établissement public à caractère administratif dénommé Institut National de Formation des Agents de santé (INFAS). J.O du 7/11/1991

- Ministère de la Santé Publique et des affaires sociales. Description des postes de l'agent de santé communautaire, de l'infirmier (e) et de la sage-femme diplômé (es) d'état au niveau primaire. CNRSIO. 1995.
- TANO-BIAN Aka. Directives pour la mise en œuvre du PMA au niveau Primaire. Volet soins curatifs : organisation/intégration des soins. DR sud1.1998
- Décret n° 61-191 du 18 mai 1961 portant réorganisation de l'Ecole des infirmiers, infirmières de la République de Côte d'Ivoire et création d'une section préparant un diplôme d'Etat de sages-femmes.  
Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 8 juin 1961.
- Décret n° 77-12 du 5 janvier 1977 portant création d'une Ecole Nationale d'infirmiers, infirmières et sages-femmes diplômés d'Etat.  
Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 10/02/ 1977.
- Décret n° 64-273 du 31 juillet 1964 portant création d'une Ecole Nationale de sages-femmes diplômés d'Etat.  
Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 13/08/ 1964.
- Décret n° 68-492 du 3 octobre 1968 modifiant les articles premier et 2 du décret n° 64-273 du 31 juillet 1964, portant création d'une Ecole Nationale de sages-femmes.  
Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 17/10/1968.
- Arrêté interministériel n° 126/Mespa/Men/Fp du 28/09/77 portant organisation et fonctionnement de l'Ecole Nationale d'infirmiers, infirmières et sages-femmes diplômés d'Etat.  
Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 3/11/ 1977.
- Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 31 juillet 1964.
- Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 03 octobre 1968.
- Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 05 janvier 1977.
- Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire du 09 octobre 1991 .
- Arrêté promulguant en AOF le décret du 9 juin 1918 modifiant le décret du 14 janvier 1918 instituant une école de médecine en Afrique Française du 20 juillet 1918. Journal officiel de la République Française du 20 juillet 1918.

- Arrêté n° 27 du Ministère d'Etat chargé de la santé publique modifiant l'arrêté n° 126 Mespas du 28/9/1977 portant organisation et fonctionnement de l'Ecole Nationale des infirmiers, infirmières et sages-femmes diplômées d'Etat.  
Journal Officiel du 24/5/1979

**ANNEXES**

**DESCRIPTION DES POSTES  
DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE,  
DE L'INFIRMIER (E) ET DE LA SAGE-FEMME  
DIPLOME (ES) D'ETAT AU NIVEAU PRIMAIRE**



MAI 1995

**DESCRIPTION DES POSTES DE L'INFIRMIER (E)  
ET DE LA SAGE FEMME**

**DIPLOME (ES) D'ETAT AU:**

- CENTRE DE SANTE RURAL
- CENTRE DE SANTE URBAIN

**I - TITRE DU POSTE:** Infirmier (e) ou Sage-Femme Diplômé (e) d'Etat au Centre de Santé Rural et au Centre de Santé Urbain.

**II - QUALIFICATION:**

- Infirmier (e) ou Sage-Femme Diplômé (e) d'Etat

**III - LIEU:**

- Salle d'accueil
- Salle de consultations
- Salle de soins
- Salle de pansements
- Salle d'injections
- Salle d'accouchement
- Salles d'hospitalisation

**IV - RÉSUMÉ DU POSTE**

- Assurer les consultations
- Mener des activités de soins promotionnels, préventifs, curatifs et réhabilitatifs.
- Assurer le bon déroulement de l'accouchement eutocique
- Surveiller l'évolution de l'état de santé des clients

**V - PRINCIPALES ACTIVITÉS**

- Identifier les besoins de santé des clients
- Effectuer les soins prescrits et de nursing
- Effectuer l'accouchement eutocique
- Donner les soins appropriés au nouveau-né, à la mère et aux autres clients
- Entreprendre une étude communautaire
- Organiser des séances d'information-éducation-communication (I.E.C.)
- Encadrer les agents placés sous son autorité ainsi que les stagiaires et les étudiants
- Gérer les ressources disponibles
- Entreprendre la recherche (opérationnelle, appliquée)

**VI - PRINCIPALES TACHES**

**6.1 - Identifier les besoins de santé du client**

- X - Recevoir le client
- X - Installer confortablement le client
- X - Recueillir les informations (identité du client, objet de la visite, prise de constantes, etc...) nécessaires au diagnostic clinique (de présomption ou positif)
  - Analyser les informations recueillies
  - Interpréter les informations recueillies
  - Poser le diagnostic clinique (de présomption ou positif) ou communautaire
  - Planifier les interventions
- ✱ - Mettre en œuvre les interventions planifiées
  - Suivre la mise en œuvre des interventions planifiées
  - Evaluer les résultats obtenus
- ✱ - Référer les cas graves.

## 6.2 - Effectuer les soins prescrits et de nursing.

### 6.2.1. Effectuer les soins prescrits

- Recevoir le client
- Installer confortablement le client
- Prendre connaissance du traitement prescrit
- ✗ - Faire la préparation physique et psychologique du client
- ✗ - Réunir le matériel de soins
- ✗ - Préparer le matériel en vue des soins
- ✗ - Effectuer les soins
- ✗ - Noter les soins dans le carnet de santé et les autres documents conventionnels
- Surveiller le client
- ✗ - Donner les conseils d'usage
- ✗ - Nettoyer et ranger le matériel
- Assurer les transmissions écrites et orales entre les équipes

### 6.2.2. Effectuer les soins de Nursing

- Recevoir le client
- Installer confortablement le client
- Présenter le client à ses voisins de chambre
- Présenter les différentes équipes au client
- Présenter le service au client
- Expliquer le règlement intérieur et le fonctionnement général du service au client et à ses accompagnants
- Recueillir les informations nécessaires au diagnostic infirmier
- Analyser et interpréter les informations recueillies
- Poser le diagnostic infirmier
- Planifier les interventions
- Mettre en œuvre les interventions planifiées:
  - \* Aider le client à satisfaire ses besoins fondamentaux
  - \* S'entretenir régulièrement avec le client
  - \* Préparer ou faire préparer la chambre du client
  - \* Etablir la fiche de surveillance du client
- Noter les soins et les actes posés dans les documents conventionnels
- Suivre la mise en œuvre des interventions planifiées
- Assurer les transmissions écrites et orales entre les équipes
- Evaluer les résultats obtenus
- Corriger les défaillances constatées
- Réajuster le plan d'action si nécessaire

### 6.2.3. - Tenir le fichier

- ✓ - Enregistrer les nouveaux clients selon les procédés en vigueur dans le pays
- ✗ - noter les types de traitements effectués chez le client dans le carnet de santé et les autres documents conventionnels
- Classer le client selon le système utilisé dans le service

### 6.3 - Effectuer l'accouchement de la cliente

- ✗ - Recevoir la cliente
- ✗ - Installer confortablement la cliente
- ✗ - Recueillir les informations (identité du client, objet de la visite, prise de constantes, etc...)
- ✗ - Procéder aux différents examens
  - Suivre la progression normale du travail
- ✗ - Pratiquer l'accouchement avec asepsie
- ✗ - Noter les informations recueillies dans le carnet de santé et les autres documents conventionnels
- ✗ - Administrer le S.A.T. au nouveau-né et à la mère si celle-ci n'est pas vaccinée
- ✗ - Faire la toilette vulvaire de la cliente
  - Dépister les complications éventuelles chez la mère et chez le nouveau-né (hémorragie, malformations)
- ✗ - Enregistrer le nouveau-né (Apgar, sexe, poids, taille)
- ✗ - Référer la cliente et le nouveau-né si nécessaire

### 6.4 - Donner les soins au nouveau-né et à la mère

#### 6.4.1. Soins au Nouveau-né

- Apprécier l'indice d'apgar
- ✗ • Désobstruer les voies aériennes supérieures du nouveau-né  
Réanimer le nouveau-né si nécessaire
- ✗ • Examiner le nouveau-né
- ✗ • Nettoyer le nouveau-né
- ✗ • Prendre les mensurations et le poids du nouveau-né
- ✗ • Effectuer le pansement ombilical
- ✗ • Identifier le nouveau-né (bracelet)
- ✗ • Habiller le nouveau-né.
- ✗ • Instiller le collyre approprié dans les yeux du nouveau-né
- Mettre le nouveau-né au sein
- ✗ • Référer le nouveau-né en cas de complications.

#### 6.4.2. Soins à la mère

- ✗ • Examiner la mère (globe utérin et périnée...)
  - Faire la toilette vulvaire de la mère
- ✗ • Effectuer les soins nécessaires
- ✗ • Mettre la mère en observation pendant **2 à 6 heures au moins**
  - Administrer le sérum Antitétanique au nouveau-né et à la si mère si celle-ci n'est pas vaccinée
  - Référer la cliente en cas de complications.

### 6.5. Entreprandre une Etude Communautaire

- Prendre contact avec les autorités locales
- Recueillir les informations socio-culturelles, démographiques, économiques etc... auprès de la population
- Analyser les informations recueillies

- Interpréter les informations recueillies
- Poser le diagnostic communautaire
- Dégager les priorités avec la population
- Inventorier toutes les solutions possibles en collaboration avec la communauté
- choisir la ou les meilleures solutions
- Etablir un plan d'action, à court, moyen, long terme
- Exécuter le plan d'action avec la participation de la communauté
- Suivre la mise en œuvre du plan d'action
- Evaluer les résultats obtenus
- Réajuster le plan d'action si nécessaire

#### 6.6. Organiser les Séances d'I.E.C

- Programmer les activités d' I.E.C.
- Préparer les séances d'I.E.C.
- Choisir le thème avec les clients
- Programmer l'I.E.C. ( période)
- Développer le thème choisi
- Dégager le consensus (adhésion des clients à la prise de décision pour sa mise en oeuvre)
- Evaluer les résultats
- Réajuster si nécessaire

#### 6.7 Encadrer les agents placés sous son autorité, les stagiaires et les étudiants

##### 6.7.1. Encadrement des agents

- Superviser les activités du personnel
  - Identifier les besoins en formation
- Elaborer un programme de recyclage
- Exécuter le programme
- Evaluer le personnel placé sous son autorité

##### 6.7.2. Encadrement des Stagiaires et des étudiants

- Accueillir les stagiaires
- Prendre connaissance de leurs objectifs de stage
- Dégager les activités en fonction de leurs objectifs *(que font-elles?)*
- Planifier les activités des stagiaires
- Evaluer les stagiaires

#### 6.8- Gérer les ressources disponibles

##### 6.8.1. Ressources Humaines

- Identifier les caractéristiques socio-professionnelles des agents placés sous sa responsabilité (A.S., A.S.H.)
- Identifier les tâches à accomplir
- Répartir les tâches au personnel placé sous sa responsabilité
- Coordonner les activités des agents
- Superviser les activités des agents
- Suivre la mise en oeuvre des activités par des agents
- Evaluer les résultats obtenus.

### 6.8.2. Matériel - Médicaments - Vaccins

- Identifier les besoins
- Analyser les besoins
- Choisir les priorités
- Passer les commandes des besoins identifiés
- Réceptionner les commandes
- Vérifier la quantité et la qualité des commandes reçues
- Stocker les commandes reçues selon les techniques et les règles apprises
- Utiliser rationnellement les stocks disponibles
- Tenir à jour les fiches de gestion de stock

### 6.8.3. Locaux

- X • Maintenir les locaux dans un état de propreté et d'hygiène acceptable
- Inspecter régulièrement les bâtiments et les installations pour détecter à temps les éventuels dégats
- Réparer et faire réparer les dégats constatés sur les bâtiments

### 6.9. Entreprendre la recherche ( opérationnelles, appliquée)

- Identifier les problèmes qui entravent le bon fonctionnement du service
- Choisir le ou les problèmes prioritaires
- Elaborer un plan d'action en vue de résoudre les problèmes choisis
- Proposer des solutions à court, moyen et long terme
- Appliquer les meilleures solutions
- Evaluer les résultats obtenus
- Réajuster si nécessaire

## VII - EXIGENCES DU POSTE

- Baccalauréat + Diplôme d'Infirmier ou de Sage-Femme d'Etat
- 3 à 12 mois de service au siège du District

## VIII - CONDITIONS DE TRAVAIL

- X - Horaires de la Fonction Publique
- Salaire selon la réglementation en vigueur
- Logements décents
- Moyens de déplacement appropriés
- Séminaires, Conférences réguliers

**NB :** En milieu rural et dans certaines sous-prefectures où il n'existe ni service de permanence, ni service de garde, le personnel ne doit pas s'en tenir au strict respect des horaires de la fonction publique. Il devra se montrer donc disponible à tout moment pour les usagers.