

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2014-2015

**COMPÉTENCES NÉCESSAIRES A L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE
DES SAGES-FEMMES**

**Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens auprès
de sages-femmes et d'ONG**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU
PAR

ELISE MESSNER
Née le 3 Janvier 1992 à MULHOUSE

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Olivier GARBIN
Codirecteur du mémoire : Madame Véronique PAQUET

Attestation d'authenticité

Je soussignée Elise MESSNER

Etudiante de 5^e année

Etablissement : École de Sages-Femmes de Strasbourg

Certifie que le document soumis ne comporte aucun texte ou son, aucune image ou vidéo copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait àle.....

Signature de l'étudiante.

Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les Établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. La fraude par plagiat relève de la compétence du Conseil de discipline de l'École de Sages-Femmes. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié

Remerciements

Je remercie tout d'abord le Docteur Olivier Garbin pour avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir partagé son intérêt pour l'engagement humanitaire.

Je remercie Madame Véronique Paquet pour avoir codirigé ce mémoire, et pour toutes ses réflexions qui m'ont faite avancée, ceci toujours avec bienveillance.

Je remercie Madame Sandrine Grüss pour m'avoir encouragé à choisir ce thème.

Je remercie chaleureusement toutes les sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

Je remercie également les ONG pour le temps qu'elles m'ont accordé afin de répondre à mes questions.

À mes parents & à mon frère pour leur soutien et leur présence.

À ma sœur, Laure, pour son aide précieuse et son dévouement tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à toutes les personnes qui ont relu et corrigé ce mémoire.

Merci à Julie & Mikaël pour votre amitié depuis toutes ces années.

Merci à Samantha & Mélanie pour votre aide, votre soutien, vos conseils avisés et, bien sûr, pour notre belle amitié.

« Je ne sais pas si l'aventure a pu jamais être inutile, entendons sortir de soi-même, penser que notre propre dignité passe par celle des autres, que rien n'est plus proche que le lointain.

Je ne connais que des aventures plus que nécessaires, indispensables. »

Jean-François Deniau de l'Académie française, Ancien ministre.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	5
I.1. Définitions	5
I.1.1. L'aide humanitaire	5
I.1.2. L'aide humanitaire dans le champ de la santé.....	5
I.1.3. Les différents types de missions : entre urgence et développement.	6
I.1.3.1. Les missions d'urgence.....	7
I.1.3.2. Les missions de développement	7
I.1.4. Les ressources humaines	7
I.1.4.1. Les conditions de départ depuis la France.....	7
I.1.4.2. Les statuts de départ avec l'ONG.....	8
I.2. Problématique.....	9
I.3. Présentation et déroulement du mémoire	10
II. METHODE	11
II.1. Choix de la méthode.....	11
II.2. Enquête auprès des sages-femmes.....	12
II.2.1. Présentation du guide d'entretien	12
II.2.1.1. Constitution du guide d'entretien.....	12
II.2.1.2. Présentation détaillée de la grille d'entretien	12
II.2.2. Méthodologie de la réalisation des entretiens avec les sages-femmes.....	15
II.2.2.1. Constitution de l'échantillon de sages-femmes.....	15
II.2.2.1.1. Critères d'inclusion.....	15
II.2.2.1.2. Recrutement de l'échantillon	15
II.2.2.2. Réalisation des entretiens	16
II.2.2.2.1. Informations données avant la rencontre	16
II.2.2.2.2. Mode de réponse au questionnaire	16
II.2.2.2.3. Déroulement et calendrier des entretiens	16
II.2.2.3. Méthode d'exploitation des données.....	16
II.3. Enquête auprès des recruteurs et responsables d'associations humanitaires.....	17
II.3.1. Présentation du guide d'entretien	17
II.3.2. Méthodologie de la réalisation des entretiens avec les recruteurs	17
II.3.2.1. Constitution de l'échantillon d'associations humanitaires	17
II.3.2.1.1. Critères d'inclusion.....	17
II.3.2.1.2. Recrutement de l'échantillon	18

II.3.2.2.	Réalisation des entretiens	19
II.3.2.2.1.	Informations données avant la rencontre	19
II.3.2.2.2.	Mode de réponses au questionnaire	19
II.3.2.2.3.	Déroulement et calendrier des entretiens	19
II.3.2.3.	Méthode d'exploitation des données.....	19
III.	RESULTATS.....	20
III.1.	Les entretiens réalisés avec les sages-femmes.....	20
III.1.1.	Présentation de l'échantillon.....	20
III.1.1.1.	Caractéristiques des entretiens.....	20
III.1.1.2.	Caractéristiques des sages-femmes.....	20
III.1.1.3.	Caractéristiques des missions.....	22
III.1.2.	Analyse des entretiens.....	26
III.1.2.1.	Pourquoi partir en mission humanitaire ?	26
III.1.2.1.1.	Les motivations.....	26
III.1.2.1.2.	Les raisons.....	27
III.1.2.1.3.	Les attentes sur le plan professionnel.....	28
III.1.2.2.	Les compétences techniques.....	30
III.1.2.2.1.	L'expérience professionnelle en France.....	30
III.1.2.2.2.	Le regard des sages-femmes sur leur formation initiale.....	32
III.1.2.2.3.	Les formations complémentaires.....	33
III.1.2.2.3.1.	La formation continue.....	33
III.1.2.2.3.2.	Les formations dispensées par les organismes humanitaires.....	34
III.1.2.2.3.3.	Les formations entreprises à l'initiative des sages-femmes.....	35
III.1.2.2.4.	Des formations complémentaires jugées facultatives.....	36
III.1.2.2.5.	Des compétences élargies.....	36
III.1.2.3.	Les capacités d'adaptation.....	38
III.1.2.3.1.	Les adaptations communes aux deux types de missions.....	38
III.1.2.3.2.	Une adaptation différente selon le contexte de la mission.....	40
III.1.2.3.2.1.	En mission d'urgence.....	40
III.1.2.3.2.2.	En mission de développement.....	41
III.1.2.4.	Une remise en question des pratiques ?	42
III.1.2.5.	Les compétences relationnelles et sociales dans un contexte interculturel.....	43
III.1.2.5.1.	Se préparer à la rencontre interculturelle.....	43
III.1.2.5.2.	La communication avec les patients.....	43

III.1.2.5.3.	Les relations avec le personnel local	46
III.1.2.5.4.	Les rapports avec l'équipe d'expatriés.....	47
III.1.2.6.	La réalité du terrain superposable aux attentes ?.....	49
III.1.2.7.	Influence sur la pratique au retour en France.....	49
III.1.2.8.	Les étudiants sages-femmes.....	51
III.2.	Les entretiens réalisés avec les responsables d'associations humanitaires.....	53
III.2.1.	Présentation de l'échantillon	53
III.2.1.1.	Caractéristiques des entretiens	53
III.2.1.2.	Caractéristiques des personnes interrogées.....	53
III.2.2.	Analyse des entretiens	56
III.2.2.1.	L'expérience professionnelle.....	56
III.2.2.2.	L'évaluation de la motivation des sages-femmes	57
III.2.2.3.	Les qualités recherchées.....	58
III.2.2.4.	Les formations et compétences professionnelles supplémentaires	58
III.2.2.5.	Les formations dispensées par les associations.....	59
IV.	DISCUSSION	60
IV.1.	Force de l'étude.....	60
IV.1.1.	Représentativité des populations étudiées	60
IV.1.2.	La méthode	60
IV.2.	Limites de la méthode.....	61
IV.2.1.	Les conditions de réalisation des entretiens	61
IV.2.2.	Biais de reconstruction différée.....	61
IV.2.3.	Biais d'interprétation.....	61
IV.2.4.	Biais de retranscription.....	62
IV.3.	Discussion des résultats.....	62
IV.3.1.	La formation universitaire des sages-femmes françaises	62
IV.3.2.	L'expérience professionnelle	64
IV.3.3.	Une prédisposition à l'engagement humanitaire ? Les qualités humaines au cœur de l'exercice humanitaire.....	65
IV.3.4.	Des compétences et une éthique pour la pratique en France	67
IV.3.5.	Des difficultés au départ en mission.....	68
IV.3.6.	La mission humanitaire : entre fantasmes et réalités	69
V.	CONCLUSION	73
	LISTE DES ACRONYMES	75

BIBLIOGRAPHIE..... 77

ANNEXES

ANNEXE 1 : Code de bonne conduite en matière d'assistance humanitaire selon le protocole de Stockholm

ANNEXE 2 : Guide d'entretien pour les sages-femmes

ANNEXE 3 : Lettre d'information destinée aux sages-femmes

ANNEXE 4: Caractéristiques des sages-femmes interrogées

ANNEXE 5 : Lettre d'information destinée aux recruteurs au sein des ONG

ANNEXE 6 : Guide d'entretien pour les ONG

I. INTRODUCTION

I.1. Définitions

I.1.1.L'aide humanitaire

Il existe plusieurs définitions de l'aide humanitaire. On peut la définir comme une action visant à aider tout homme qui le nécessite, soutenue par des valeurs d'altruisme et d'engagement personnel. Les crises humanitaires résultent tant de catastrophes d'origine humaine que de phénomènes naturels. Leurs conséquences, de plus en plus graves, sont liées à un certain nombre de facteurs tels que la nature changeante des conflits, le changement climatique, la concurrence de plus en plus forte pour accéder aux ressources énergétiques et naturelles, l'extrême pauvreté, la mauvaise gestion des affaires publiques et les situations de fragilité. Les principales victimes sont civiles et vivent principalement dans les pays en développement. L'aide humanitaire est l'une des réponses à la détresse provoquée par ce genre de crise. On distingue à ce sujet l'aide humanitaire d'urgence de l'aide au développement. On trouvera dans la Figure 1 (ANNEXE 1) le code de bonne conduite en matière d'assistance humanitaire selon le protocole de Stockholm^[1].

I.1.2.L'aide humanitaire dans le champ de la santé

La médecine est en lien étroit avec l'action humanitaire. Ces deux notions sont doublement liées :

- La santé a toujours fait partie des préoccupations humanitaires : le champ de la santé est encore au premier plan lors des missions même s'il existe une diversification du champ d'action (sécurité alimentaire, assainissement, reconstruction, etc...).
- Réciproquement, l'action humanitaire est intégrante de la définition de la médecine : en effet, l'expression « médecine humanitaire » relève pratiquement du pléonasme : Selon Rony Brauman, ancien président de Médecins Sans Frontières « Si tout ce qui est médical est humanitaire, l'humanitaire n'a plus de sens » [1].

Le concept de santé sexuelle et reproductive (SSR) a été introduit en 1994 à la conférence du Caire². Il

1 Principes et bonnes pratiques pour l'aide humanitaire, Stockholm, 17 juin 2003 ; document approuvé par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE en avril 2006

2 Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994 ; programme d'action signé par 179 pays.

ne s'agit pas uniquement de santé maternelle, mais « d'un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire ». Le programme d'action du Caire a été signé par 179 pays, qui se sont ainsi engagés à garantir l'accès universel à la santé reproductive pour 2015. En 2000, cet objectif avait disparu des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) des Nations Unies [2], car la dimension politique de la SSR n'avait pas échappé à certains pays conservateurs [3]. Il a fallu attendre 2005 pour réintroduire la SSR mais uniquement dans l'objectif n°5 (améliorer la santé maternelle).

Comme tous les autres droits de l'homme, la santé reproductive s'applique également aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux personnes en situation de crise humanitaire. Pour exercer ce droit, les personnes concernées doivent avoir accès à des informations et à des services complets de santé reproductive de façon à pouvoir faire des choix libres et éclairés. Depuis 1999, la communauté humanitaire a développé des normes et directives touchant à différents aspects de la santé reproductive en situations de crise humanitaire : la sexualité, la violence basée sur le genre et le VIH/SIDA. Médecins Du Monde, ONG reconnue tant au niveau national qu'international, souligne, en parlant de la santé sexuelle et reproductive (SSR) : « Dans un contexte international où les droits des femmes sont de plus en plus menacés, certains fondamentaux, notamment issus de la Déclaration et du Programme d'action de Pékin³, semblent remis en cause. Une grande majorité de femmes n'a pas accès à des soins de qualité (non disponibles, non accessibles voire illégaux), ce qui a des conséquences dramatiques en termes de santé publique » [4].

Ainsi, de par son expertise en obstétrique et en gynécologie, la sage-femme est reconnue par la médecine humanitaire comme un professionnel important, pouvant apporter un rôle essentiel dans les programmes de santé materno-infantile qui découlent des programmes de promotion de la SSR.

I.1.3. Les différents types de missions : entre urgence et développement.

Il existe deux types de missions : les missions d'urgence et les missions de développement, même si la frontière entre les deux est parfois floue [5] :

³ La quatrième conférence mondiale sur les femmes s'est tenue du 4 au 15 Septembre 1995 sous l'égide de l'ONU à Pékin.

I.1.3.1. Les missions d'urgence

Il s'agit d'interventions directes correspondant à une situation de crise (conflits armés, épidémies, catastrophes naturelles...) se traduisant par une action immédiate médicale et logistique. Elles s'inscrivent dans une logique de substitution, du fait de la défaillance du système de santé. Elles sont généralement de courtes durées et limitées géographiquement.

I.1.3.2. Les missions de développement

Elles ont pour but la promotion de la santé des populations en renforçant l'accessibilité aux soins en collaboration avec le personnel local ce qui implique un appui et non une substitution. Cela passe par la formation et l'encadrement des personnels locaux et la mise en place de projets intégrés dans le contexte culturel et politique du pays afin d'assurer leur pérennité. Elles s'inscrivent en général sur plusieurs années.

Ces deux types de missions sont complémentaires la plupart du temps. Toute mission d'urgence devrait être menée dans un esprit de développement et de poursuite de l'action sur le long terme.

I.1.4. Les ressources humaines

I.1.4.1. Les conditions de départ depuis la France

En France il existe plusieurs types de dispositions pour partir en mission humanitaire avec une association humanitaire :

Le congé de solidarité internationale (CSI) permet à tous les salariés du secteur privé de participer à des missions de solidarité à l'étranger depuis 1995. Pour en bénéficier il faut avoir une ancienneté d'au moins 12 mois, consécutifs ou non au sein de l'entreprise et la mission à laquelle il souhaite participer doit relever soit d'une association humanitaire, soit d'une organisation internationale dont la France est membre (la liste est fixée par arrêté). L'employeur peut accepter ou refuser s'il estime que le départ serait préjudiciable au fonctionnement de l'entreprise. En cas d'acceptation du CSI, la durée du congé

ou la durée cumulée des congés ne peut excéder 6 mois. Pendant la durée du CSI le contrat liant l'employé à l'entreprise est suspendu ce qui permet à l'employé de prendre un statut libre au sein de l'association. A son retour, l'employeur est dans l'obligation de réintégrer l'employé au sein du même poste ou à un poste similaire avec une rémunération au moins équivalente [6].

Pour les titulaires de la fonction publique hospitalière, l'article 1^{er} de l'arrêté du 14 Janvier 2005 stipule que « Les personnels des établissements publics de santé [...] peuvent participer à des actions de coopération internationale des établissements publics de santé dès lors qu'une convention de coopération a été signée conformément à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique [...] » [7]. Pour les personnels médicaux, l'autorisation d'absence est accordée par le directeur d'établissement si celui-ci juge que cela n'altèrera pas la continuité des soins. Cette autorisation d'absence n'excède pas 15 jours par tous les deux ans pour les fonctionnaires et 3 mois par période de deux ans pour les praticiens hospitaliers. Pour les fonctionnaires comme pour les praticiens, la rémunération est automatiquement maintenue pendant 15 jours.

Les fonctionnaires peuvent également demander une disponibilité pour pouvoir partir en mission. Cela correspond à une interruption de carrière, l'agent cessant alors de bénéficier de ses droits à l'avancement, à la retraite et à la perception d'un salaire durant cette période. La réintégration se fait en cas de poste vacant uniquement.

I.1.4.2. Les statuts de départ avec l'ONG

L'action humanitaire repose essentiellement sur le bénévolat. Les bénévoles sont le plus souvent engagés pour des missions de courte durée et ne perçoivent pas de rémunération. Ils sont généralement logés, nourris et bénéficient parfois d'un *per diem* (indemnité journalière). Les conditions de prise en charge peuvent varier d'une ONG à l'autre.

Les associations humanitaires peuvent également avoir recours à des volontaires engagés à temps plein sur des missions de longues périodes (de 6 mois à plusieurs années) dans le cadre d'un contrat volontaire équivalent à un CDD ou dans le cadre d'un volontariat de solidarité internationale (VSI).

Le VSI un dispositif encadré par la loi du 23 Février 2005. Il a pour objet l'accomplissement à temps plein d'une mission d'intérêt général, de coopération, et d'appui au développement et d'action humanitaire. Une mission de VSI dure entre 6 mois et 2 ans. Il engage mutuellement un organisme d'envoi et un volontaire, il se traduit par un contrat qui précise la mission de VSI et ses conditions

d'exercice. En 2014, 27 organisations sont agréées par l'Etat pour l'envoi de volontaires de la Solidarité Internationale. Le VSI ne peut s'exercer qu'en dehors de l'Espace économique européen [8]. Le volontaire bénéficie alors d'une formation au départ, d'indemnités, de la prise en charge des frais de voyage, d'une couverture sociale avec retraite, et d'un appui au retour de mission [9].

Le contrat volontaire est une convention de volontariat (correspondant à la durée de la mission). Une expérience professionnelle de deux ans minimum hors stages est une condition indispensable pour partir en mission. Au bout d'un an de mission, les volontaires peuvent selon les organismes, devenir salarié avec un contrat de travail (correspondant à la durée de la mission). Les rémunérations sont définies arbitrairement par l'ONG en fonction du pays de résidence. Le transport et les assurances personnelles et professionnelles sont pris en charge par l'ONG. Les volontaires bénéficient également de *per diem*, de congés et d'un soutien psychologique.

Les salariés sont peu nombreux au sein des associations humanitaires et seules les ONG peuvent se permettre d'y avoir recours. Ce sont des personnes expérimentées et compétentes pour travailler au siège. Des volontaires ayant effectué plusieurs missions se professionnalisent parfois du fait de leur expérience et de leur investissement au sein de l'association. Certaines ONG proposent cependant un contrat salarié au volontaire au bout d'un an de mission (exemple : Médecins Sans Frontières) [10].

I.2. Problématique

Nombreuses sont les sages-femmes à s'interroger au cours de leur formation, sur la possibilité de participer ponctuellement à des missions ou d'orienter leur carrière vers un exercice humanitaire. Mais ont-elles les compétences requises ? La diversité et la complexité de l'action humanitaire nécessitent de la part des ressources humaines des associations humanitaires des exigences particulières lors du recrutement. Il faut évaluer non seulement les compétences médicales mais aussi les motivations de l'engagement, la capacité d'ouverture à d'autres cultures, la capacité à vivre en communauté, la capacité de travail en équipe, les disponibilités personnelles et toute autre aptitude importante pour un exercice en milieu humanitaire. Les modalités de travail dans l'humanitaire sont très différentes de la pratique habituelle. De multiples facteurs entrent en jeu. L'action humanitaire est un exercice spécifique et complexe qui nécessite une connaissance approfondie des réalités de l'exercice et du terrain d'intervention. Cependant « L'action humanitaire n'est pas qu'une affaire de compétence

médicale ou de compétence technique. » (James Orbinski⁴) [11].

Si l'on définit une compétence comme étant une connaissance mobilisable regroupant du savoir théorique, du savoir-faire, et du savoir-être quelles sont celles nécessaires à l'exercice humanitaire de la profession de sage-femme ?

Restent plusieurs questions :

- Les connaissances des sages-femmes, qu'elles soient universitaires ou acquises lors de l'exercice professionnelle en France, sont-elles suffisantes pour un départ en mission ?
- La question de la formation des sages-femmes est-elle importante pour les associations humanitaires ?

L'analyse croisée des témoignages de sages-femmes ayant participé à des missions humanitaires et des recruteurs au sein des ONG humanitaires permettront de répondre à ces questions.

I.3. Présentation et déroulement du mémoire

Dans un premier temps, les matériels et méthodes de travail utilisés seront définis en précisant quels ont été les différents acteurs interrogés, comment ceux-ci ont été recrutés, comment s'est faite l'élaboration des guides d'entretiens et enfin, dans quelles conditions les entretiens ont été réalisés.

Dans un second temps, les résultats dégagés de l'analyse des entretiens seront exposés et croisés entre eux afin de comparer les réponses obtenues avec les sages-femmes et les recruteurs au sein des ONG humanitaires.

4 Ancien président de Médecins Sans Frontières de 1998 à 2000 et prix Nobel de la Paix en 1999

II. METHODE

II.1. Choix de la méthode

Le choix de réaliser une étude qualitative se justifie par deux éléments :

- L'objectif n'est pas de réaliser un profil type des sages-femmes humanitaires mais d'apporter des éléments de réflexion sur les compétences mises en évidence à partir de discussions auprès de sages-femmes expérimentées et de recruteurs au sein d'associations humanitaires compétentes. En recherche qualitative, l'échantillon de la population ne vise pas une représentativité statistique, mais la diversité du vécu, des expériences et des profils.
- Les recherches documentaires et bibliographiques recensent quelques études mettant en évidence les compétences recherchées chez les médecins pour l'action humanitaire, mais aucune étude ne porte sa réflexion sur les sages-femmes. L'étude s'appuie donc sur la recherche directe de ces informations et non sur une analyse de la littérature.

La méthode de l'entretien a été choisie pour conduire cette enquête. En effet, contrairement au questionnaire, les méthodes d'entretien se caractérisent par une rencontre entre le chercheur et ses interlocuteurs et permet d'obtenir des éléments de réflexion plus intéressants. Si l'entretien est d'abord une méthode de recueil d'informations, au sens le plus riche, il faut veiller à centrer l'échange sur les hypothèses de travail, sans exclure les développements parallèles susceptibles de les nuancer ou les corriger [12].

Pour cette étude, il a été décidé d'utiliser l'entretien semi-dirigé (ou semi-directif) qui est le type d'entretien le plus utilisé dans la recherche en sciences sociales. Il s'agit d'une méthode de choix en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Le chercheur doit faire preuve d'une faible directivité pour laisser à l'interlocuteur la possibilité de s'exprimer librement. Il met en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. Il permet de retirer des entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches [13].

Il a semblé important de partir des situations de travail rencontrées sur le terrain par les sages-femmes, de ce qu'elles ont dû mobiliser, assumer et des habitudes qu'elles ont dû changer et adapter. C'est à partir des situations décrites que l'on peut voir quelles sont les compétences qui s'en dégagent, quelles sont celles qu'elles ont dû acquérir et celles qu'elles ont dû développer.

II.2. Enquête auprès des sages-femmes

II.2.1. Présentation du guide d'entretien

II.2.1.1. Constitution du guide d'entretien

Le guide comprend une vingtaine de questions regroupées en six parties (ANNEXE 2) :

- Les motivations
- Les compétences techniques
- Les compétences relationnelles et sociales
- Les facultés d'adaptation
- Les compétences acquises pendant la mission
- Les étudiants sages-femmes

Il a été choisi d'utiliser le même guide d'entretien pour les sages-femmes ayant effectué des missions d'urgence et celles ayant effectué des missions d'aide au développement (sachant que certaines sages-femmes du panel ont effectué les deux types de missions) pour identifier les points communs et les différences entre les deux types de missions. Il a donc semblé préférable de poser les mêmes questions pour que l'analyse des réponses ne soit pas biaisée par le changement de contenu des questions elles-mêmes.

II.2.1.2. Présentation détaillée de la grille d'entretien

• **Questions préliminaires :**

La connaissance de l'âge des sages-femmes lors de la première mission humanitaire a permis de faire la moyenne d'âge à laquelle les sages-femmes sont le plus susceptibles de partir.

Il a été décidé de demander l'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme pour définir le degré d'expériences professionnelles que possédaient les sages-femmes avant de partir en mission.

La connaissance du lieu d'exercice permettait de cerner le domaine dans lequel les sages-femmes exerçaient ou avaient exercé au moment de partir en mission (Hospitalier, Libéral, PMI) et dans le cas où celles-ci exerçaient en milieu hospitalier, le niveau de la maternité (1,2, ou 3).

Le nombre de missions humanitaires effectuées permettait de distinguer les sages-femmes n'ayant effectué qu'une première mission de celles ayant une plus large expérience de l'humanitaire.

• Renseignements sur la/les mission(s)

La connaissance de l'année de la/les mission(s) permettait de savoir à quelle « distance » de la mission l'entretien se déroulait : comme précisé plus haut, plus la mission aura été lointaine par rapport au moment de l'entretien, plus des phénomènes de remaniement inconscients des souvenirs viendront biaiser le discours de l'interlocuteur.

Le lieu de la mission était un critère d'inclusion des sages-femmes car celle-ci devait avoir eu lieu dans un pays en voie de développement, les compétences recherchées n'étant pas les mêmes selon qu'une mission se déroule en France ou à l'étranger. Cela permettait également d'avoir une idée du panel de pays cités par les sages-femmes et donc de savoir indirectement les endroits du monde où les besoins étaient les plus importants. En effet toutes les sages-femmes interrogées ont effectué au moins une mission entre 2010 et 2013.

La question sur le type de mission attendait une réponse binaire : soit « urgence », soit « aide au développement ».

La fonction occupée dans la mission permettait de connaître les différents types de poste auxquels les sages-femmes étaient affectées et le type d'activités qu'elles menaient.

La durée de la mission permettait de différencier les propos des sages-femmes étant parties pour une longue période de celle partie sur des périodes plus courtes. Il a semblé important de prendre en compte la durée de la mission par rapport aux motivations : nous avons supposé que celles-ci n'étaient pas toujours superposables selon que la mission se déroulait sur une période de plus de six mois, qui impliquait donc un projet de changement de vie, qu'une mission de quinze jours ou trois semaines.

• 1ère partie : Les motivations

Les motivations font appel automatiquement aux raisons pour lesquelles les sages-femmes ont choisi de partir. Cette question appelait à demander les attentes sur le plan professionnel : en avaient-elles ? Est-ce qu'il y en avait parmi elles qui étaient uniquement portées par leur motivation personnelle ?

Cela permettait également de savoir si ce qu'elles avaient rencontré avait répondu à leurs attentes ou non. Avaient-elles été déçues par la réalité du terrain ?

• **2ème partie : Les compétences techniques**

Cette partie permettait de mettre en évidence les compétences techniques qui avaient été suffisantes sur le terrain d'intervention et celles qui leur avaient fait défaut. Pensaient-elles que leur formation initiale les avait préparées à un exercice humanitaire ? Avaient-elles pu bénéficier de formations au niveau du DPC⁵ dont elles avaient pu se servir pendant leur(s) mission(s) ? Ou au contraire avaient-elles dû entreprendre des formations et/ou diplômes complémentaires de leur propre initiative ? Enfin, avaient-elles bénéficié de formations dispensées par les organismes humanitaires ?

Est-ce que cela s'était avéré utile en pratique ? Si non, comment auraient-elles pu améliorer leur préparation ?

• **3ème partie : Les compétences relationnelles et sociales**

Ces questions ont été posées pour savoir de quelle manière les différences culturelles impactaient la relation soignant-soigné, la relation avec les personnels locaux, la nature des difficultés rencontrées, leur influence sur le vécu de la mission, et les solutions mises en œuvre par les sages-femmes. S'étaient-elles renseignées sur les us et coutumes du pays d'accueil avant le départ ? Y-a-t-il eu un fossé entre ce qu'elles avaient imaginé et la réalité des relations sur le terrain ?

Enfin, il a été demandé si des difficultés relationnelles avaient été rencontrées ou non avec les membres de l'équipe d'expatriés afin d'analyser les capacités de travail en équipe et de vie en communauté.

• **4ème partie : Les facultés d'adaptation**

Ces questions ont cherché à mettre en évidence les capacités de flexibilité et d'adaptation. Est-ce que les sages-femmes avaient rencontré une organisation de travail particulièrement différente, et si oui, s'étaient-elles retrouvées en porte-à-faux avec cette organisation ? Leurs pratiques professionnelles avaient-elles été remises en cause ? Si oui, quelle avait été leur attitude face à cette limite entre dévouement humanitaire et éthique professionnelle ?

Enfin, il a été demandé de quelle manière leurs capacités physiques et psychologiques avaient été éprouvées durant la mission et si cela avait eu une influence sur leur travail.

5 DPC : Développement Professionnel Continu

• **5ème partie : Les compétences acquises pendant la/les mission(s)**

Cette question a permis de savoir si des compétences particulières avaient été acquises pendant la mission et si les sages-femmes avaient eu la possibilité de les mettre en pratique à leur retour en France.

Elle permettait de savoir indirectement si la/les mission(s) les avaient changées plus largement dans leur pratique professionnelle (rapport aux patients étrangers, éthique professionnelle, questionnement sur les pratiques médicales françaises, etc.)

• **6ème partie : La sensibilisation des étudiants sages-femmes à l'engagement humanitaire**

Ces questions, qui abordent la formation initiale des sages-femmes actuelle, ont permis de connaître si elles la pensaient suffisantes pour un exercice humanitaire, et leurs propositions d'amélioration.

Il a ensuite été proposé aux personnes interrogées de faire des commentaires et/ou remarques supplémentaires à la fin de l'entretien.

II.2.2. Méthodologie de la réalisation des entretiens avec les sages-femmes

II.2.2.1. Constitution de l'échantillon de sages-femmes

II.2.2.1.1. Critères d'inclusion

Des sages-femmes parties une ou plusieurs fois en missions humanitaires dans des pays en voie de développement au sein d'associations humanitaires ont été incluses dans l'étude.

II.2.2.1.2. Recrutement de l'échantillon

- Quatre sages-femmes ont été contactées sur mes terrains de stages aux hôpitaux universitaires de Strasbourg (sites de HautePierre et du CMCO).

- Une sage-femme a été contactée par l'intermédiaire de Madame Grüss, enseignante à l'école de sage-femme de Strasbourg.

- Deux sages-femmes ont été contactées par l'intermédiaire du docteur Olivier Garbin, gynécologue-obstétricien aux hôpitaux universitaires de Strasbourg.
- Quatre autres sages-femmes ont été contactées par l'intermédiaire de sages-femmes déjà interrogées.

II.2.2.2. Réalisation des entretiens

II.2.2.2.1. Informations données avant la rencontre

Les demandes d'entretien ont été réalisées par courrier électronique, joignant une lettre d'information (ANNEXE 3) présentant succinctement l'étude et expliquant les objectifs de l'entretien ainsi que les modalités d'anonymat et de confidentialité des données qui étaient enregistrées avec un dictaphone. Ces informations étaient rappelées au début des entretiens.

II.2.2.2.2. Mode de réponse au questionnaire

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés individuellement à l'aide du guide d'entretien (ANNEXE 2) regroupant une vingtaine de questions modulées par les développements parallèles qui étaient susceptibles de les nuancer ou de les corriger. Les réponses ont été retranscrites d'après les enregistrements audio.

II.2.2.2.3. Déroulement et calendrier des entretiens

Aucune limitation de temps n'a été imposée aux sages-femmes interrogées. Cinq entretiens ont été réalisés en présentiel : un au domicile de la sage-femme, les quatre autres au sein de l'école de sage-femme de Strasbourg. Cinq entretiens ont du être réalisés par téléphone du fait de l'éloignement géographique. Un entretien a été réalisé grâce au logiciel *Skype*. Ils se sont déroulés pendant la période de Septembre à Décembre 2014.

II.2.2.3. Méthode d'exploitation des données

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation des données avec un entretien supplémentaire pour vérifier celle-ci. Puis les entretiens ont été retranscrits intégralement et les verbatims obtenus

analysés et codés ce qui a permis une identification de thèmes, qui ont été classés par partie en fonction du plan du questionnaire dans un tableau Excel. Les noms des sages-femmes ont été anonymisés en utilisant le code « SF » suivi d'un numéro qui correspondait à l'ordre chronologique de réalisation des entretiens (exemple : SF1 correspond à la première sage-femme interrogée). Les caractéristiques des sages-femmes interrogées ont été reportées dans un tableau (ANNEXE 4).

II.3. Enquête auprès des recruteurs et responsables d'associations humanitaires

II.3.1. Présentation du guide d'entretien

Le guide comprend une dizaine de questions regroupées en sept thèmes (ANNEXE 5)

- Les motivations
- Les compétences professionnelles
- les formations complémentaires recherchées
- les formations ou stages dispensés par l'association
- Les qualités humaines
- l'expérience professionnelle
- Les étudiants sages-femmes

Il a été choisi d'utiliser le même guide d'entretien pour les ONG importantes et les ONG plus modestes.

II.3.2. Méthodologie de la réalisation des entretiens avec les recruteurs

II.3.2.1. Constitution de l'échantillon d'associations humanitaires

II.3.2.1.1. Critères d'inclusion

Quatre critères ont été retenus :

- Organisme reconnu dans le domaine de la médecine humanitaire. Il s'agit d'une garantie de crédibilité pour obtenir des réponses en correspondance avec les besoins actuels.

- Organisme présent en France s'adressant directement aux sages-femmes françaises.
- Organisme exerçant à l'internationale pour permettre une réflexion sur l'humanitaire dans les pays en voie de développement.
- Interlocuteur ayant un poste de responsabilité dans les ressources humaines médicales de l'organisme humanitaire : afin d'apporter des éléments de réflexion exploitables, et donc avoir un interlocuteur maîtrisant suffisamment le domaine humanitaire, il était évident qu'il connaisse le domaine médical pour qu'il puisse porter une réflexion sur les compétences spécifiques des sages-femmes et sur les études médicales.

II.3.2.1.2. Recrutement de l'échantillon

Les ONG humanitaires suivantes ont été sollicitées par courrier électronique pour convenir d'un entretien avec les responsables des ressources humaines médicales des organismes humanitaires. Dans le cas où il s'agissait d'associations sans service de recrutement, les présidents d'associations ont été contactés directement par courrier électronique.

Les associations ont été choisies en fonction de leur reconnaissance dans le domaine de l'humanitaire et certaines plus particulièrement dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

- Médecins sans frontières (MSF)
- Médecins du Monde (MDM)
- La Croix Rouge Française
- Gynécologie sans Frontières (GSF)
- Santé Sud
- Première Urgence, Aide Médicale Internationale (PU-AMI)
- Aide Médicale et Développement (AMD)
- Pédiatres du Monde (PDM)
- Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF)
- Le Service Fraternel d'Entraide (SFE)

Remarques: ADSF et SFE sont deux associations d'aide au développement avec lesquelles deux sages-femmes interrogées étaient parties. Elles sont peu connues de par leur structure, leur poids financier et la spécificité de leurs activités. L'inclusion de ces deux associations a permis de comparer leurs exigences dans le recrutement des sages-femmes avec celles des autres associations.

II.3.2.2. Réalisation des entretiens

II.3.2.2.1. Informations données avant la rencontre

Les demandes d'entretien ont été réalisées par courrier électronique, joignant une lettre d'information (ANNEXE 6) présentant succinctement l'étude et expliquant les objectifs de l'entretien ainsi que les modalités d'anonymat et de confidentialité des données qui étaient enregistrées avec un dictaphone. Ces informations étaient rappelées au début des entretiens.

II.3.2.2.2. Mode de réponses au questionnaire

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (ANNEXE 5) regroupant une dizaine de questions modulées par les développements parallèles qui étaient susceptibles de les nuancer ou les corriger. Les réponses ont été retranscrites d'après les enregistrements audio.

II.3.2.2.3. Déroulement et calendrier des entretiens

Aucune limitation de temps n'a été imposée aux recruteurs interrogés. Ils se sont déroulés pendant la période de Novembre 2014 à Janvier 2014. Quatre entretiens sur six ont été réalisés au téléphone. L'entretien avec la personne chargée du recrutement à MSF s'est déroulé au siège de l'antenne régionale à Strasbourg le 19 Novembre 2014 à l'issue d'une réunion d'information mensuelle ouverte au public. L'entretien avec l'association Pédiatres du Monde s'est fait par l'intermédiaire d'un pédiatre, relais de l'association, à Strasbourg.

II.3.2.3. Méthode d'exploitation des données

Les données ont été exploitées de la même manière que les entretiens menés avec les sages-femmes.

III. RESULTATS

III.1. Les entretiens réalisés avec les sages-femmes

III.1.1. Présentation de l'échantillon

III.1.1.1. Caractéristiques des entretiens

Pour obtenir la saturation des données, onze sages-femmes ont été interrogées. Les entretiens ont duré entre 25 minutes et 1 heure et demie.

III.1.1.2. Caractéristiques des sages-femmes

Âge au premier départ

Âge de la plus jeune	24
Âge de la plus âgée	35
Moyenne d'âge	28

Âge lors de la dernière mission effectuée

Âge de la plus jeune	25
Âge de la plus âgée	39
Moyenne d'âge	31

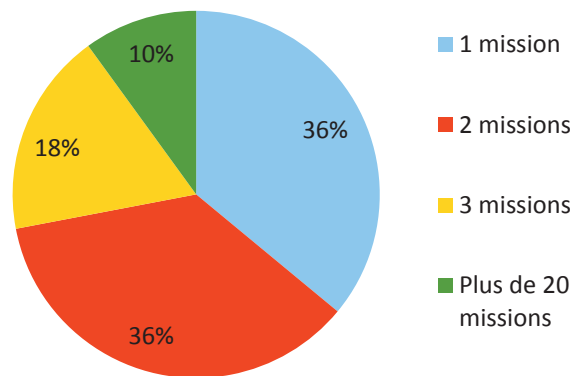
Années d'expériences au moment de la première mission

Quasiment les deux tiers des sages-femmes avaient effectué leur première mission dans les cinq ans suivant l'obtention du diplôme. Deux d'entre elles avaient effectué leur première mission dans l'année suivant le diplôme.

Lieu d'exercice au moment de la première mission

Dix sages-femmes sur les onze travaillaient dans le secteur hospitalier avant leur première mission. Seule une sage-femme était installée en cabinet libéral au moment du premier départ.

Nombre de missions humanitaires effectuées par les sages-femmes (au moment des entretiens)



Graphique I : Pourcentage de sages-femmes en fonction du nombre de missions effectuées

La plupart des sages-femmes n'avaient effectué qu'une ou deux missions.

Une seule sage-femme avait une expérience importante des missions humanitaires, celle-ci étant ayant participé à plus d'une vingtaine de missions.

III.1.1.3. Caractéristiques des missions

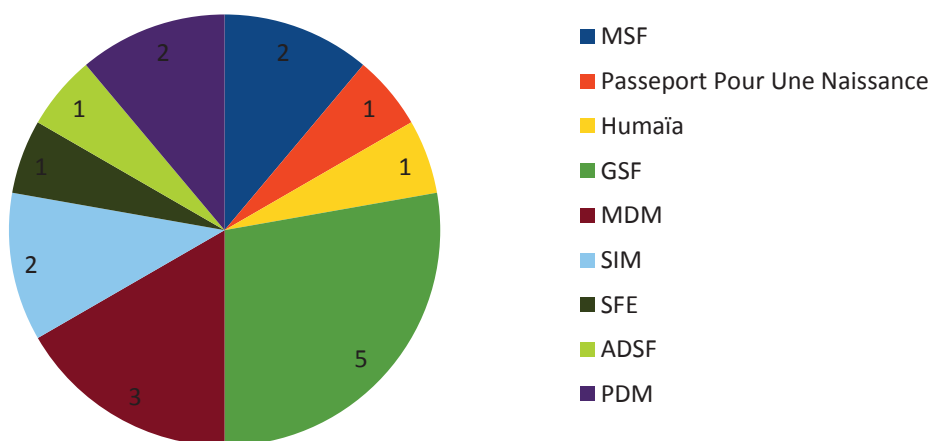
Le type de mission



Graphique II : Nombres de sages-femmes en fonction du type de missions effectuées

Toutes les sages-femmes interrogées avaient déjà participé à au moins une mission de développement. Seules cinq avaient déjà participé à au moins une mission d'urgence.

Associations humanitaires représentées



Graphique III : Répartition des sages-femmes en fonction des différents organismes humanitaires pour lesquelles elles se sont engagées

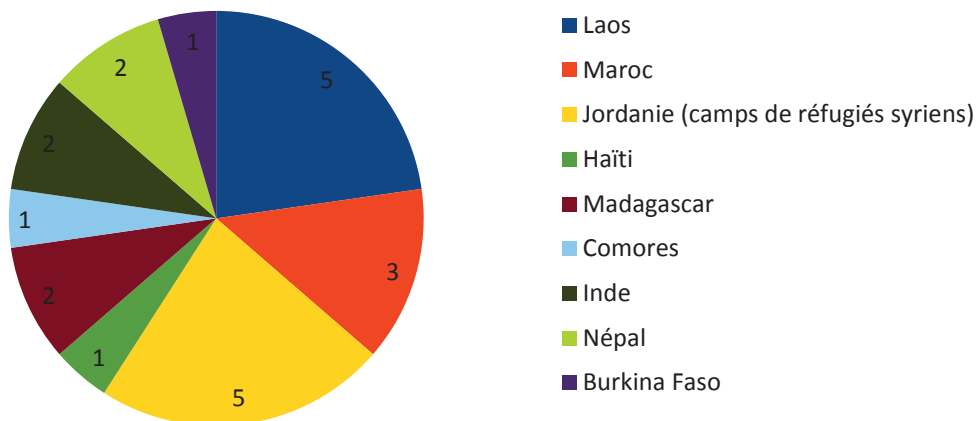
Remarques :

Humaïa est une association créée en 2004 par des étudiants sages-femmes de Marseille, reprise depuis par des sages-femmes de la France entière. Elle mène des projets de formations des professionnels de santé au Viêt-Nam, en Inde, et au Togo notamment.

Passeport Pour Une Naissance (PPUN) est une association d'échange culturel et de partage de savoir médical inter-professionnel dans le domaine de la périnatalité, fondée en 1999 par des médecins et des sages-femmes. Elle intervient en Afrique francophone.

SIM est une ONG chrétienne existant depuis les années 1980 possédant des sièges à l'internationale.

Pays d'affectation des sages-femmes parties depuis 2007



Graphique IV : Nombre de sages-femmes en fonction des lieux de missions

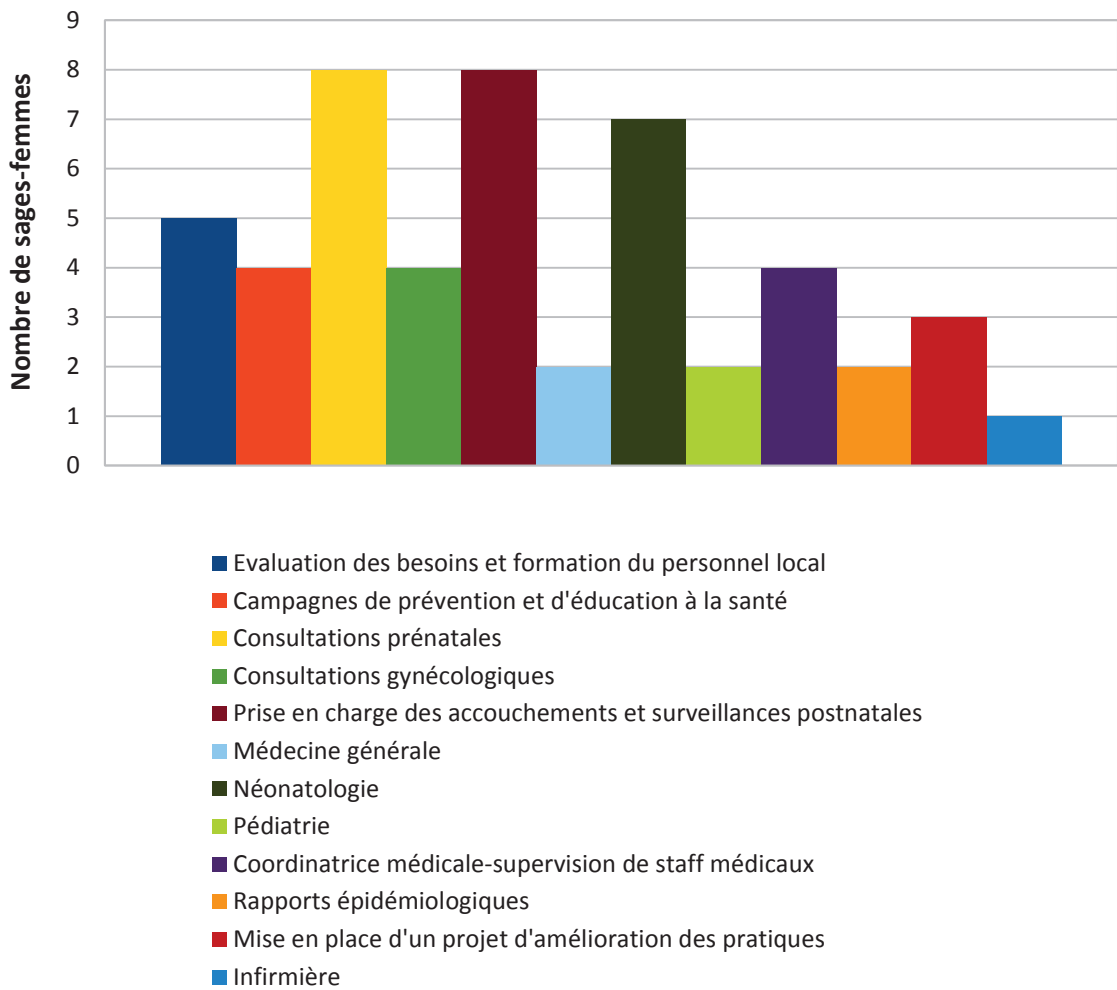
Langue principalement parlée lors des missions

Les sages-femmes ont parlé essentiellement français pendant leurs missions, ceci pour plusieurs raisons : certaines se déroulaient dans des pays francophones (Madagascar, Comores, Burkina Faso, Haïti) et d'autres ont pu bénéficier de la présence de traducteurs au Maroc, au Laos et en Jordanie dans les camps de réfugiés syriens.

Cependant, certaines sages-femmes ont tout de même eu besoin d'utiliser l'anglais (Laos, Burkina Faso, Madagascar) du fait de la présence d'équipes internationales.

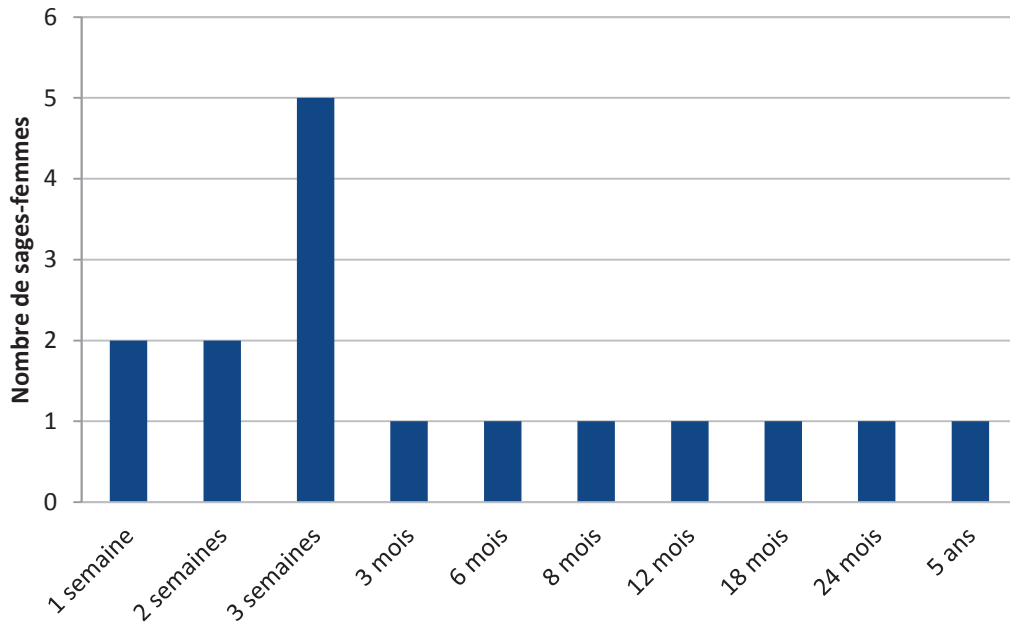
Malgré la présence de traducteurs, deux sages-femmes parties à Madagascar et au Laos pour des missions de développement ont appris le malgache et le laotien, les missions ayant duré plusieurs années (2 ans et 5 ans), celles-ci avaient eu le temps d'apprendre la langue du pays.

Fonctions de la sage-femme au cours des missions



Graphique V : Activités réalisées par les sages-femmes au cours de leur mission

Durée des missions



Graphique VI : Nombre de sages-femmes en fonction de la durée des missions effectuées

Le type de contrat au départ

Dans les cas où les missions duraient plusieurs années, deux sages-femmes avaient demandé à bénéficier du statut de volontaire dans le cadre d'un volontariat de solidarité international.

Cinq sages-femmes ont bénéficié d'un contrat volontaire avec les ONG Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières.

Huit sages-femmes sur onze sont parties avec un statut de bénévoles dans le cas de missions courtes (de 1 à 3 semaines) sauf pour deux sages-femmes dont les missions duraient 6 mois et 2 ans avec l'ONG Serving In Mission.

Principales structures d'exercices

On distingue schématiquement deux types d'établissements médicaux pouvant délivrer des soins aux mères et nouveau-nés : les SONUB, où sont dispensés des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base, et les SONUC où l'on effectue des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets. La

répartition géographique de ces structures permet la proximité des soins en ce qui concerne les SONUB, les SONUC servant de référence pour les accouchements les plus compliqués.

Les principales structures d'exercices dans lesquelles les sages-femmes ont été amenées à travailler sont les suivantes:

- les centres de santé ou dispensaire (SONUB)
- les hôpitaux de district (SONUC)
- les hôpitaux provinciaux (SONUC)
- les camps de réfugiés (SONUB)

III.1.2. Analyse des entretiens

III.1.2.1. Pourquoi partir en mission humanitaire ?

III.1.2.1.1. Les motivations

La rencontre interculturelle

La principale motivation invoquée par les sages-femmes était en premier lieu l'intérêt pour la découverte d'une autre culture et l'immersion dans un pays étranger « pour la rencontre interculturelle » (SF2) et « le côté aventure » (SF1).

Plus largement, la rencontre avec l'altérité était quelque fois mentionnée : « rencontrer l'Autre avec un grand A » (SF2).

Le don

Les sages-femmes se situaient souvent dans une grande disponibilité personnelle ainsi que de leur temps, simplement pour se mettre au service de la mission qu'elles avaient choisie : « j'ai de la chance d'être née en France et il fallait que je rende un peu de cette chance pour les gens qui n'ont pas la possibilité de vivre correctement (...) en fonction du pays où on est, on n'a pas les mêmes droits et pas les mêmes choix » (SF10) ; « apporter mon service à ceux qui en ont besoin (...) ici on ne manque pas

de sages-femmes, ailleurs ça manque » (SF7) ; « servir Dieu » (SF1) ; « donner de mon temps » (SF4).

L'appel de la mission

Certaines sages-femmes avaient des difficultés à exprimer les raisons de « cet appel de la mission » (SF8), « ça ne s'explique pas, c'est quelque chose qui est au fond de toi qui t'anime, c'est comme le voyage (...) tu pars pour les autres mais aussi pour toi » (SF9).

Partager et échanger des connaissances

Plusieurs d'entre elles évoquaient ensuite leur souhait de partager leurs connaissances « faire partager la chance qu'on a eu de faire des études dans notre pays » (SF5) mais également de vivre un échange de pratiques professionnelles avec le personnel local : « découvrir d'autres façons de faire, voir mon métier exercé autrement, voir d'autres facettes de la profession de sage-femme qui est universelle partout dans le monde » (SF6), « m'enrichir sur le plan personnel et professionnel par les rencontres, apprendre des autres » (SF2).

Une contribution à l'amélioration de la santé

Enfin, pour toutes les sages-femmes interrogées qui avaient fait des missions de développement, contribuer à l'amélioration des soins et donc indirectement au développement du pays dans lequel elles portaient, faisant partie de leur principale motivation : « aider à l'amélioration des soins » (SF11).

III.1.2.1.2. Les raisons

Les stages à l'étranger

Concernant les raisons personnelles qui les avaient amenées à choisir l'engagement humanitaire, de nombreuses sages-femmes évoquaient largement les stages à l'étranger qu'elles avaient pu entreprendre pendant leurs études universitaires : « ce qui m'a donné envie c'est le stage qu'on a fait en 3^e année à St Louis du Sénégal » (SF8), « le projet de VSI que j'avais depuis mes études lorsque j'ai fait un stage au Tchad puis au Sénégal » (SF4).

Un choix de carrière

L'une d'entre elles avait pour projet de mener une carrière professionnelle dans l'humanitaire : « c'était un plan de carrière, quelque chose vers lequel j'avais envie de m'orienter sur du moyen à long terme, c'est pour cela que j'ai choisi ce type d'études » (SF3).

Inscrire son action dans la durabilité

Les onze sages-femmes interrogées avaient déjà mené des missions de développement. Cependant, certaines d'entre elles n'avaient choisi que ce type de mission et ne souhaitaient pas se tourner vers l'urgence : « Je voulais participer à un projet sur le long terme, je n'avais pas envie de faire de l'urgence, j'avais envie de prendre le temps, de m'installer, de rencontrer les gens » (SF4) ; « faire du développement me paraissait plus durable que faire de l'urgence » (SF5).

L'influence des proches

Une sage-femme évoquait l'origine de cet engouement comme ayant été inspiré par une proche : « J'ai été inspirée par une tante infirmière qui a fait beaucoup de missions humanitaires » (SF7).

III.1.2.1.3. Les attentes sur le plan professionnel

Découvrir des situations inconnues et des pathologies rares

Venait ensuite la curiosité de découvrir des pathologies et des situations extrêmes, peu rencontrées dans leur pratique en France : « je savais que je verrai des choses que je n'avais pas vues pendant mes études ou mon travail ici » (SF10) ; « je m'attendais à voir des pathologies qu'on ne voit plus ici » (SF7) ; « Je m'attendais à voir plus de pathologies, de malformations, de bébés mort-nés, des choses traumatisantes » (SF10).

Développer de nouvelles compétences

Une sage-femme évoquait son souhait d'acquérir de nouvelles compétences à travers le projet qu'elle développait : « élargir mes compétences à quelque chose qui ne soit pas que technique ou que médical, en gérant tout un projet du début à la fin : monter le projet, le rédiger, rechercher des financements,

évaluer le projet » (SF4).

Échanger sur les pratiques professionnelles

Rejoignant la volonté d'échanger sur les pratiques professionnelles avec les locaux, les sages-femmes mentionnaient volontiers leur désir d'élargir leur regard sur la profession : « apprendre différemment de ce qu'on a appris à l'école » (SF11).

Se professionnaliser dans l'humanitaire

La sage-femme désirant s'orienter vers une carrière dans l'humanitaire souhaitait que ces différentes missions aboutissent à une professionnalisation de son engagement volontaire : « j'ai commencé dans des petites associations, puis Gynécologie Sans Frontière et maintenant Médecins Du Monde où il y a de vraies perspectives d'évolution » (SF3).

Revenir à une obstétrique physiologique

Quasiment toutes les sages-femmes mentionnaient ensuite leur souhait de pouvoir prendre en charge des accouchements par le siège ou des accouchements de gémellaire qu'elles rencontraient peu dans leur pratique quotidienne en France. Beaucoup pensaient « découvrir une obstétrique plus physiologique » (SF1) éloignée de la (sur)médicalisation des pays occidentaux.

Tester ses limites

Cela renvoyait souvent à un désir de connaître ses limites et tester sa capacité de résistance à des conditions de travail rudes physiquement et psychologiquement (contextes difficiles, rythme soutenu, manque de moyens matériels, etc.) : « être confronté à d'autres conditions de travail que d'habitude » (SF6) « pouvoir me surpasser, voir quelles étaient mes limites (...) sortir de la sécurité que j'avais en France » (SF11) ; « Je m'attendais à avoir moins de matériels » (SF10).

Sortir de la routine

Une autre évoquait sa volonté de « couper avec la réalité d'ici, de la routine (...) relativiser ma situation en France et mes plaintes quotidiennes » (SF8).

...tout en restant lucide

Enfin, de manière générale, les sages-femmes étaient relativement lucides sur les attentes et les espérances qu'elles pouvaient avoir : « on y va aussi pour soi, pour ce qu'on va développer comme compétences professionnelles (...) mais il faut éviter d'y aller en espérant qu'on va changer la face du monde, être très modeste sur ce que j'allais pouvoir faire, sur ma contribution, même si on a envie, c'est quelque chose qui motive (...) être assez lucide au départ sur ce que j'allais pouvoir apporter et j'ai bien fait (rire) » (SF4).

Aucune attente

Trois sages-femmes ont d'emblée répondu qu'elles n'avaient aucune attente sur le plan professionnel : « si tu pars et que tu as des attentes c'est là que tu es déçue (...) maintenant si je repars, je sais ce que c'est, je sais pourquoi je partirai, mais la première fois je n'avais pas d'attentes » (SF9).

III.1.2.2. Les compétences techniques

III.1.2.2.1. L'expérience professionnelle en France

Exercer en milieu hospitalier

Les sages-femmes interrogées étaient unanimes sur le fait qu'un exercice professionnel actualisé en milieu hospitalier avant de partir en mission humanitaire était nécessaire : « je ne pense pas que je serai partie si je n'avais pas eu un travail en salle d'accouchement avant » (SF1) ; « je dirais que j'ai été contente d'avoir eu de l'expérience avant de partir (...) dans un niveau 3 où tu continues à voir de la pathologie » (SF11) ; « je n'avais plus fait de salle d'accouchement depuis un an (...) je pense qu'il ne faut pas être trop loin de la réalité : les sages-femmes libérales ne font que de la rééducation et de la préparation à la naissance, pas ou peu de suivi de grossesse. L'accouchement de base cela ne s'oublie

pas, mais être au courant, avoir en tête les examens de base et surtout avoir encore la clinique dans les mains » (SF10).

Et malgré une expérience professionnelle de plusieurs années, des missions d'urgence nécessitant des réflexes et des gestes d'urgence pouvaient ne pas être appropriés pour une sage-femme n'exerçant plus en salle d'accouchement : « ça fait plus de quatorze ans que je suis dans un travail de PMI avec le côté beaucoup moins technique qu'en salle de naissance à l'hôpital (...) les missions [d'urgences] que j'ai faites au début [de ma carrière] je ne les ferai plus parce que je n'ai plus les compétences » (SF2).

Une expérience professionnelle dans les DOM-TOM

Exercer la profession de sage-femme dans les DOM-TOM (Guyane, Mayotte et Nouvelle-Calédonie) était reconnu par quatre sages-femmes de l'échantillon comme ayant été bénéfique, notamment lorsque celles-ci ont été amenées à travailler seules en dispensaire dans un environnement qui n'était pas forcément surmédicalisé :

- « Quand je suis partie ça faisait déjà 7 ans que je bossais et j'avais déjà bossé dans d'autres pays, d'autres structures » (SF9).

- « En Guyane ce n'était pas une pratique surmédicalisée (...) parfois des problèmes d'infrastructures et de matériel. » (SF3).

- « (...) en dispensaire à Mayotte, tu dois te débrouiller toute seule quand tu as une hémorragie, une procidence du cordon... » (SF8).

- « J'avais fait du dispensaire quand j'étais partie à Mayotte (...) on est toute seule 24h/24. On gère quoi (...) d'avoir connu les accouchements et l'isolement des dispensaires, cela a été vraiment très formateur » (SF10).

Le travail en salle de naissance : une pratique pas nécessairement différente

Enfin, lorsque les sages-femmes étaient amenées à exercer en salle d'accouchement ne se retrouvaient pas forcément limitées dans leur pratique et faisaient remarquer que les situations cliniques rencontrées restaient globalement les mêmes qu'en France malgré des différences dans les modalités de prise en charge : « c'est ce qu'on fait d'habitude : gérer des éventuelles hémorragies, des pré-éclampsies, peu d'autres pathologies donc au final c'était des accouchements basiques » (SF10,

mission d'urgence dans le camps de réfugiés syriens de Zaatari) ; « les circonstances n'étaient pas tellement différentes de [la maternité où je travaille] qui est un niveau 1 : un seul service, un bloc opératoire et un médecin de garde » (SF7, mission de développement à Madagascar).

III.1.2.2.2. Le regard des sages-femmes sur leur formation initiale

Une formation théorique et pratique jugée pertinente

Globalement, les sages-femmes estimaient avoir bénéficié d'une formation de qualité qui les avait aidées dans leur pratique en mission humanitaire, tant au niveau théorique « on a quand même une bonne formation théorique (...) par rapport aux manœuvres (...) quand tu l'as déjà étudié, cela permet de le mettre en pratique quand tu es devant la situation » (SF1), qu'au niveau pratique : « prise en charge des hémorragies et des pathologies courantes » (SF2).

En outre, les sages-femmes partant pour former du personnel local devaient créer des cours de toute pièce : « pour les formations j'ai dû créer des cours et on n'est pas formé à cela » (SF9), sans que celles-ci ne se retrouvent limitées par leur connaissances théoriques et pratiques : « je ne me suis pas sentie limitée par mes connaissances en tant que superviseuse sage-femme » (SF9) ; « ma formation initiale m'a aidée dans le sens où j'ai été amené à être enseignante à l'école de sage-femme aux Comores » (SF4). Les difficultés se situaient davantage au niveau de la pédagogie, l'approche devant être différents du fait de la différence culturelle avec le public rencontré.

Des notions faisant défaut

Des notions de pathologies tropicales étaient rapportées comme étant un domaine peu abordé pendant les études « Quand tu sors de l'école tu n'as pas forcément de connaissances en médecine tropicale » (SF3).

Plusieurs d'entre elles soulignaient le fait que la santé publique aurait pu être davantage développée et élargie à des notions de santé publique internationale « (...) je n'ai eu que très peu de cours de santé publique et ceux que j'ai eu étaient très orientés santé publique en France » (SF3).

De même, les sages-femmes pouvaient être amenées à faire de l'épidémiologie dans le cadre d'une coordination de mission, ou par délégation, notion qui n'avait pas forcément été acquises lors de la formation à l'école de sage-femme : « au Laos je suis coordinatrice de mission, on me demande de

faire de l'épidémiologie, des collections de données, de l'analyse de données (...) on n'a pas vraiment appris à faire ça sauf pour le mémoire » (SF6).

Elargir la connaissance des normes internationales

Lors des missions de développement, les normes utilisées sont celles de l'OMS avec lesquelles les sages-femmes ne sont pas habituées à travailler dans leur pratique quotidienne : « le suivi de grossesse présenté par WHO⁶ c'est ce qu'on essaye d'instaurer dans ces pays-là (pays en voie de développement), et les normes de WHO, on ne les voit pas du tout pendant les études de sages-femmes (...) parce que les normes françaises il ne faut apprendre que ça et ne connaître que ça » (SF6).

III.1.2.2.3. Les formations complémentaires

III.1.2.2.3.1. La formation continue

« De toute façon la formation de base est assez généraliste, beaucoup de sages-femmes se spécialisent après le diplôme et je pense que c'est important de continuer à se former » (SF3) ; « J'ai fait des formations entre les missions pour acquérir un certain nombre de compétences » (SF2).

Seule une sage-femme du panel avait bénéficié quelques temps avant de partir en mission d'une formation sur l'allaitement maternel au sein de la maternité où elle exerçait qui était en cours de labellisation IHAB (Initiative hôpital amis des bébés, label de l'ONU pour la promotion de l'allaitement maternel), dont elle a pu se servir pendant sa mission : « ils étaient en cours de labellisation IHAB donc j'ai bénéficié de cours assez soutenus en allaitement maternel qui m'a bien aidée puisque le projet sur lequel j'ai travaillé aux Comores était de mettre en place des protocoles pour labelliser la maternité » (SF4).

⁶ OMS : Organisation mondiale de la santé (WHO : World Health Organization)

III.1.2.2.3.2. *Les formations dispensées par les organismes humanitaires*

Les formations médicales

Les cinq sages-femmes parties avec MSF et MDM avaient été formées à l'exercice médical en milieu précaire (santé sexuelle et reproductive, réponses aux épidémies, malnutrition, triage...).

Une sage-femme a entrepris la formation en gynécologie obstétrique humanitaire (FGOH) organisée et dispensée par GSF aux volontaires.

Les formations pour les coordinateurs de missions

Trois sages-femmes expérimentées sont ensuite devenues coordinatrices de missions et ont bénéficié de formations en management de projet et management d'équipes (formation de personnel, outils méthodologiques, communications, rédaction de rapports épidémiologiques, qualification de projets, etc.)

Les formations sur l'expatriation et la rencontre interculturelle

Toutes les sages-femmes parties avec MSF et MDM ont été formées sur les différences culturelles, les aspects sanitaires et géopolitiques du pays d'accueil ainsi que tout autre aspect relatif à l'exercice humanitaire à l'étranger, formation dispensée avec d'autres volontaires non médicaux.

Deux sages-femmes parties avec le statut de VSI ont bénéficié d'une formation dispensée par le service de préparation des volontaires. Ce n'était pas une formation médicale réservée aux sages-femmes ou aux professionnels médicaux, mais qui préparait à l'expatriation (choc culturel, statut d'expatrié, etc.).

Le briefing avant départ

Avant le départ, toutes les sages-femmes ont bénéficié d'un briefing au sein de l'association humanitaire, qui se déroulait sur plusieurs jours quand les missions duraient plusieurs mois, expliquant les conditions, le contexte, et les objectifs de la mission.

III.1.2.2.3.3. *Les formations entreprises à l'initiative des sages-femmes*

Les diplômes

Quatre sages-femmes de l'échantillon étaient titulaires d'un DU en médecine tropicale. Pour celles qui n'en étaient pas titulaires, le diplôme universitaire de médecine tropicale a été cité à plusieurs reprises comme une formation complémentaire qui leur aurait été utile.

Les autres formations citées étaient :

- Le DU de santé publique à l'Ecole de Santé Publique de Nancy : « spécificité de l'infection VIH chez les femmes enceintes »
- Une formation au centre européen de santé humanitaire intitulée « santé et précarité »
- Le master d'actions et de droits humanitaires à la faculté de droit d'Aix-en-Provence
- Le DU d'épidémiologie
- La Formation en Gynécologie Obstétrique Humanitaire (FGOH) organisée par GSF sous l'égide du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF).

Deux sages-femmes ayant mené des missions de développement avaient entrepris ou souhaitaient entreprendre un diplôme supplémentaire pouvant acquérir les connaissances et les compétences identifiées comme leur ayant fait défaut la première fois : l'une d'elle commençait un DU de santé publique intitulé « promotion de la santé et gestion de projet » à l'Ecole de Santé Publique de Nancy [14] et une autre souhaitait entreprendre un master en santé publique-épidémiologie dans le but de faire de la recherche au sein d'une ONG internationale.

Les préparations personnelles

De nombreuses missions se déroulant dans un contexte anglophone, les sages-femmes étaient amenées à utiliser l'anglais et certaines se sont activement préparées à cet effet : « avant de partir au Népal, j'ai beaucoup travaillé l'anglais médical » (SF10).

De plus, il n'était pas rare que les sages-femmes se soient documentées avant leur départ afin d'affiner leurs connaissances sur les pathologies qu'elles étaient susceptibles de rencontrer : « j'ai quand même bouquiné avant de partir, tu te prépares quand même (...) tu sais que tu vas partir et que tu n'auras pas

tous les moyens (...) des bouquins m'avaient été donnés sur la pratique en milieu isolé et cela m'avait aidée » (SF11).

III.1.2.2.4. Des formations complémentaires jugées facultatives

Les sages-femmes n'ont à aucun moment cité une formation comme étant indispensable et « les formations ne te préparent pas forcément à travailler correctement sur le terrain (...) je dirais que les formations ne servent à rien (...) je veux dire que ce n'est pas un DU de médecine humanitaire qui va faire que tu vas bien t'adapter (...) la meilleure formation c'est de partir! (...) les master de santé publique ou d'épidémiologie c'est intéressant quand tu veux poursuivre dans ce domaine et devenir coordinatrice de mission (...) pour une première mission si tu es motivée, que tu as de l'expérience (...) et que tu es disponible ils te feront partir » (SF9); « je pense que le savoir-être doit être plus développé que le savoir théorique » (SF2).

Remarque : Trois sages-femmes n'ont fait aucune formation spécifique en dehors de celle(s) proposée(s) gratuitement par les organismes avant tout départ en mission.

III.1.2.2.5. Des compétences élargies

La gynécologie

Concernant les sages-femmes, celles-ci avaient fréquemment relevé le fait qu'elles avaient été amenées à pratiquer la gynécologie. Bien que faisant partie de leurs compétences depuis 2011[15] (article L.4151-1 du code de la santé publique), le suivi gynécologique de prévention est quotidiennement peu pratiqué par les sages-femmes françaises. De plus, aucune des sages-femmes interrogées n'a pu bénéficier d'un stage de consultation de gynécologie pendant ses études, celui-ci n'étant établi dans le cursus de maïeutique que depuis 2013. Etant peu habituées à la pose de stérilet ou d'implants contraceptifs par exemple, les sages-femmes ont évoqué ces difficultés à plusieurs reprises. Par ailleurs, elles ont quelque fois été amenées à traiter de la pathologie gynécologique et les problèmes de fertilité « là-bas (aux Comores) la sage-femme gère beaucoup plus la gynécologie que nous, c'est par défaut car il n'y a pas beaucoup de gynécologues (...) elles ont beaucoup plus de responsabilités (...)

dans des situations où en France j'aurais tout de suite appelé le gynéco (...) là je me débrouillais toute seule » (SF4) ; « Ma génération on ne savait pas assez de gynécologie dans le sens où il n'y avait pas assez de pratique derrière (...) c'est parce que je fais du libéral que je connaissais la gynécologie, si je n'avais fait que de la salle d'accouchement, non » (SF10).

Des gestes techniques inhabituels

Les sages-femmes rencontraient également des gestes techniques qu'elles pratiquent peu dans leur exercice en France : il n'est pas rare que celles-ci se soient retrouvées seules à pratiquer des accouchements par le siège et de gémellaire incluant d'éventuelles manœuvres, la gestion d'hémorragies avec délivrance artificielle, révision utérine et éventuel transfert vers une structure d'accueil : « Je me suis retrouvée à faire des versions par manœuvre interne (...) et une extraction d'un fœtus mort, le médecin n'était pas sur place, j'étais toute seule (...) quand tu n'as pas d'autres choix tu le fais » (SF11).

Des réanimations de nouveau-nés sans pédiatres obligeaient parfois la sage-femme à prendre seule la décision de la cesser : « des réanimations de nouveau-nés avec massage cardiaque et c'est toi qui décide d'arrêter la réanimation parce que cela fait déjà une heure... » (SF6).

La sage-femme : un professionnel polyvalent

Les missions humanitaires contiennent souvent une part d'imprévisible et ce pour quoi on a été envoyé au départ peut très vite changer. Ainsi, plusieurs sages-femmes avaient dû momentanément changer de métier : un accident de la voie publique et une fusillade à Madagascar, un tremblement de terre au Pakistan et l'épidémie de choléra à Haïti les ont forcé à pratiquer des actes infirmiers ou de médecine générale (triage, interrogatoire, diagnostic, sutures, prélèvement de sang, transfusions, pansements, etc.) : « on ne connaît pas tout, c'est clair et tu fais des choses qui dépassent tes compétences dans l'humanitaire » (SF9).

L'enseignement et la formation de personnel local

Enfin, pour celles qui étaient parties en missions dans le but de former et de superviser du personnel local, il s'agissait d'une première expérience et aucune n'avait eu de formations préalables. Les difficultés étaient d'ordre culturel mais aucune sage-femme ne s'était retrouvée limitée dans ses

connaissances théoriques à ce niveau-là.

III.1.2.3. Les capacités d'adaptation

III.1.2.3.1. Les adaptations communes aux deux types de missions

S'adapter au manque de moyens matériels

Toutes les sages-femmes ont partagé leur désarroi et leur impuissance face à des situations qu'elles ne pouvaient résoudre du fait du manque de moyens médicaux à disposition : « tout ce que tu apprends ici marche très bien dans nos hôpitaux mais au final quand tu n'as pas le même matériel à disposition » (SF1), en soulignant bien que « [c'était] par rapport au manque de moyens qu'on est démunie, pas par rapport à la pratique » (SF5).

Une sage-femme évoquait l'humilité dont elle avait dû faire preuve face à ces difficultés : « Je me suis retrouvée très vite remise à ma place parce que finalement on le réanime, mais s'il n'était pas autonome sur le plan respiratoire et qu'on arrête de le ventiler, tu ne pouvais pas continuer à le ventiler manuellement des jours et des jours, on n'avait pas de respi⁷ (...) si on était en Europe ce bébé aurait eu une chance de survivre dans de meilleures conditions » (SF7).

La prépondérance de la pratique clinique

Par ailleurs, l'exercice humanitaire amène à utiliser presque exclusivement la pratique clinique. Les sages-femmes se retrouvaient de fait à devoir travailler sans le matériel habituel et sans examens complémentaires : « c'est frustrant de devoir se baser uniquement sur la clinique en sachant qu'on avait plein d'hypothèses diagnostic et que les examens complémentaires nous aideraient bien » (SF7).

Une autre sage-femme soulignait le fait que ces difficultés pouvaient être surmontées « ce n'est pas forcément un handicap, tu rattrapes un peu ce retard là et tu découvres des façons différentes de pratiquer » (SF3).

7 « respi » : équipement d'assistance respiratoire

Faire face à des situations humaines difficiles

La confrontation à la mort s'avérait plus fréquente en humanitaire, liée à la précarité : « On est souvent confronté à la mort des femmes et des nouveau-nés » (SF2).

Une sage-femme a relevé son manque de connaissances sur la prise en charge des patientes en situation de deuil périnatal : « dans des situations humaines difficiles, la pratique ne nous apporte pas grand-chose sauf quand on a déjà eu affaire à des morts fœtales (...) il n'y a pas assez de formation en tant qu'étudiante sage-femme, (...) sur le dialogue qu'on doit avoir avec les patientes (...) on n'a pas de débriefing (...), à mon époque cela ne se faisait pas » (SF10).

Un apprentissage sur le terrain

Les sages-femmes reconnaissaient avoir des connaissances médicales cliniques et théoriques ayant été suffisantes pour s'adapter à la prise en charge de pathologies et de situations inhabituelles : « on n'a jamais été formé au choléra mais tu te formes sur place. Au départ t'as l'impression que tu as tout à apprendre, en fait tu apprends très vite. C'est comme si demain on te mettait dans un service de réa avec des personnes de 90 ans, au bout de deux jours tu saurais les soigner. On a des bases, et après tu apprends une maladie et à la traiter » (SF9).

La formation de personnel et la gestion de projet impliquait une certaine autonomie et un apprentissage nécessitant une auto-évaluation constante : « on apprend en se trompant beaucoup, en essayant avec le personnel local, en évaluant ce que tu proposes et tu rends compte de ce qui marche ou pas » (SF5).

Créer soi-même ses outils de travail

Les sages-femmes n'avaient pas accès aux mêmes plateaux techniques qu'en France, et n'avaient pas les mêmes médicaments à disposition : elles se retrouvaient parfois devant la nécessité de créer elle-même les protocoles de prise de charge ou de créer une organisation de soins : « On revoit nos protocoles nous-mêmes avec les protocoles d'urgence que l'on connaît » (SF2) ; « En Jordanie (...) c'est nous qui avons décidé de la manière d'organiser notre travail : on a mis en place des horaires de consultations, des roulements de garde » (SF10) ; « c'est nous qui avons mis l'organisation en place : c'est nous qui avons ouvert la maternité, nous avons tout décidé nous-même (...) c'était intéressant de se rendre compte de ce que cela implique comme logistique et de mettre en place les différents protocoles » (SF7).

Les conditions de travail et de vie sur le terrain

Le rythme de travail auquel sont soumis les expatriés en mission est souvent rude et le nombre d'heures hebdomadaires effectuées dépasse largement celui auquel ils sont habitués. Cela est dû au caractère exceptionnel de la mission humanitaire : l'urgence d'une part, et d'autre part le temps pour lequel ils sont envoyés, qui se trouve en général limité, que ce soit pour les missions d'urgence par définition « courtes », que pour les missions de développement pour lesquelles même une durée de deux ans peut s'avérer insuffisante en pratique lorsqu'un projet ou une amélioration des pratiques doit être mis en place. Mais les sages-femmes ne s'étaient pas retrouvées en difficultés face à cette contrainte et l'évoquaient comme quelque chose avec lequel elles composaient, tout en sachant que cela faisait partie du contrat et ne durait qu'un temps, cette idée les aidant probablement à tenir physiquement : « tu es obligée de suivre le rythme, t'as pas le choix (...) tu sais que cela ne dure qu'un temps » (SF9). Sur les missions éprouvantes du fait de contextes géopolitiques, environnementales et sécuritaires difficiles, les grosses ONG ont instauré des politiques de break pour les expatriés (exemple : six semaines tous les deux mois).

Une autre adaptation avec laquelle les sages-femmes ont dû travailler était celle liée à l'environnement, tant au niveau climatique qu'au niveau des conditions d'hébergement : « Les conditions environnementales : les moustiques, faire attention à ne pas attraper de maladies pour ne pas compromettre la mission, faire attention à ce qu'on mange, boit, la fatigue, dormir sous une tente avec plusieurs personnes, les douches froides, ne pas perdre dix kilos » (SF10).

III.1.2.3.2. Une adaptation différente selon le contexte de la mission

III.1.2.3.2.1. En mission d'urgence

Le contexte de l'urgence obligeait les sages-femmes à être opérationnelles dès leur arrivée sur le terrain : « En Jordanie il fallait s'adapter rapidement car tu y es pour 3 semaines : il faut que tu travailles de suite à peine arrivée sur le camp » (SF9).

Certaines sages-femmes soulignaient le fait que, les missions d'urgence s'inscrivant dans une logique de substitution, et au cours desquelles elles étaient amenées à faire leur travail de sage-femme de salle d'accouchement comme elles le feraient en France, celles-ci ne se trouvaient pas déroutées par le

travail rencontré : « le travail sur le terrain c'était le même qu'ici en tant que professionnelle » en rappelant tout de même que « ce n'est que de la clinique(...) et là-dessus j'avais des lacunes » (SF9).

III.1.2.3.2.2. *En mission de développement*

S'adapter à des références étrangères et internationales

L'appellation des médicaments usuels en dénomination commune internationale et pas en noms de spécialités a nécessité un apprentissage : « La difficulté c'est que là-bas il fallait parler en dénomination commune internationale pour les médicaments (...) en France on devrait aussi s'y mettre » (SF7).

Lors de missions impliquant des équipes internationales, les protocoles d'usage pouvaient placer les sages-femmes en difficultés : « Les principaux défis c'est que les gens qui avaient mis en place les protocoles étaient des anglais et ils avaient des méthodes de travail différentes au niveau de la surveillance du travail et des protocoles antibiotiques (...) c'est le manque d'uniformité entre la France et l'Angleterre qui a été le plus dur à gérer » (SF7).

Enfin, la pratique médicale s'avérait foncièrement différente dans la manière de prescrire et dans les modes de délivrance des médicaments : « les traitements n'ont rien à voir et tu fais les ordonnances avec les prix (...) les gens vont d'abord payer leurs médicaments puis les chercher à la pharmacie donc il faut retenir le nom des médicaments et le prix en fonction de la quantité que tu prescris » (SF1).

Partir des besoins du personnel local

Une mission de développement s'inscrivant dans une logique d'addition et non de substitution [16], il était important de passer par une phase d'observation afin de cibler les besoins identifiés comme nécessitant une amélioration ou un réajustement tout en tenant compte des conditions locales (moyens à disposition, culture, etc.) : « tu ne peux pas arriver en ayant tout un bagage (...) qui ne correspond pas du tout à leur demande. Il faut partir de leurs besoins et pas de ce qui nous paraît indispensable. » (SF5) ; « Au départ c'est de l'observation pendant plusieurs semaines, voir comment elles travaillent, ce qui te met en alerte » (SF9) ; « Tu ne peux pas former les sages-femmes comme tu as été formée parce que quand tu repartiras elles se retrouveront avec les mêmes moyens qu'elles avaient avant » (SF9).

III.1.2.4. Une remise en question des pratiques ?

La réalité du terrain entraînait parfois une remise en question des pratiques pour les sages-femmes.

L'éthique professionnelle mise à mal

Certaines se retrouvaient en porte-à-faux avec leur éthique professionnelle. Ainsi, une sage-femme en mission au Burkina-Faso déplorait le fait de devoir commencer en retard ses consultations « commencer en retard alors que beaucoup de gens attendent déjà et font la queue (...) ils attendent qu'il y ait suffisamment de personnes pour commencer et c'est quelque chose que tu ne fais jamais ici » (SF1). De même, une mission d'urgence dans une zone à risque impliquant des consignes de sécurité strictes pouvaient être mal vécues : « Au Soudan on n'habitait pas dans le camps et tous les jours quoiqu'il arrive il fallait le quitter à 16h pour des raisons de sécurité, c'était dur si tu étais sur un accouchement dont on savait qu'il y avait un risque quasi certain que cela se passe mal et de devoir partir » (SF2), et enfin, la confrontation au manque d'hygiène : « je ne me suis jamais faite à la promiscuité, au manque d'hygiène, c'est-à-dire que je ne voulais pas être à l'aise, c'est vraiment le danger, de finir par trouver ça normal » (SF4).

L'émergence d'un regard critique

Lors de missions de développement menées avec une équipe d'expatriés internationaux, deux sages-femmes ont évoqué leurs réflexions qui avaient découlé de leur confrontation aux pratiques professionnelles d'expatriés anglais, et le regard critique qui en a découlé face aux protocoles obstétricaux français : « Je me suis rendue compte que ce qu'on m'a appris à l'école et ce qu'on me dit tous les jours au boulot ce n'est pas la vérité vraie, d'autres font autrement et cela marche aussi (...) Ils le font pour de bonnes raisons » (SF7) ; « En France, on examine les femmes toutes les heures alors que dans d'autres pays ils le font toutes les deux heures ou toutes les quatre heures. Faut pas chercher trop loin : en Angleterre ils ont une pratique complètement différente, donc tu remets en question les soins en France aussi » (SF11).

III.1.2.5. Les compétences relationnelles et sociales dans un contexte interculturel

III.1.2.5.1. Se préparer à la rencontre interculturelle

Les sages-femmes s'étaient renseignées sur la situation géopolitique, sanitaire et sur les coutumes du pays. Ces renseignements étaient en général également fournis par les associations humanitaires : « je me suis renseignée sur la culture, la religion, le niveau de vie, essayer de penser à faire attention à ce qu'on portera dans le respect de leur culture » (SF10) ; « avec MSF j'avais eu un briefing sur le Laos : la religion, la culture, etc, mais tant que tu ne l'as pas vu (...) il y a une différence entre la théorie et la pratique » (SF11).

III.1.2.5.2. La communication avec les patients

La présence d'interprètes

Au sein de la plupart des missions sur lesquelles les sages-femmes interrogées étaient intervenues, le français était utilisé si le pays était francophone et si l'équipe d'expatriés était exclusivement française. Dans le cas contraire, et sur les missions importantes, les organismes humanitaires avaient recours à des traducteurs officiels qui assistaient les sages-femmes dans les soins (exemple : interprètes arabes aux camps de réfugiés syriens de Zaatari en Jordanie) : « Je n'ai jamais fait de missions dans un pays où on parlait français donc la communication c'était un problème clair et net, mais j'avais toujours la chance d'être avec des interprètes » (SF2).

Cependant, même dans des pays a priori francophones, lors de la prise en charge de patientes venant de la campagne parlant mal voire pas du tout le français, les sages-femmes avaient recours à des traducteurs officieux (en général le personnel local) : « les patientes qui venaient de la campagne ne parlaient pas forcément français donc je prenais l'étudiante sage-femme pour traduire » (SF4).

Un apprentissage de la langue locale

Deux sages-femmes en missions de développement à Madagascar et au Laos ont appris la langue du pays pour faciliter leur intégration au fonctionnement de l'hôpital local et donc leur autonomie : « à l'hôpital la langue médicale c'était le français donc on essayait de l'imposer dans les transmissions

écrites mais avec les patients on était obligé de parler malgache » (SF7).

La communication non verbale

La présence non systématique des traducteurs avait obligé certaines sages-femmes à trouver d'autres moyens de communication : « On nous avait appris quelques mots d'arabe, on parlait beaucoup avec les mains, le regard (...) finalement accoucher une femme, tu peux le faire sans parler, il y a beaucoup de choses qui se passent dans les gestes » (SF9).

Une interaction perturbée

Ces difficultés de communication avait parfois entraîné de la frustration, les sages-femmes étant habituées à expliquer leurs soins et leurs gestes aux patientes qu'elles prenaient en charge : « c'était frustrant de ne pas pouvoir tout expliquer » (SF1) ; « d'habitude le dialogue se fait dans les deux sens, c'était difficile car on ne pouvait pas aller en profondeur et connaître leur histoire » (SF10).

Une relation différente en fonction du contexte de la mission et du pays d'accueil

Lors de la mission d'urgence menée avec GSF sur les camps de réfugiés syriens de Zaatari en Jordanie à laquelle cinq sages-femmes interrogées avaient participé, la relation avec les patientes était particulière du fait du contexte de guerre civile : « il y avait comme une douceur entre nous, comme si on traversait la même épreuve » (SF9), et plusieurs d'entre elles mentionnaient que cela facilitait la connivence : « elles se confiaient rapidement » (SF3). Les composantes d'écoute et de soutien psychologique étaient importantes.

Les cinq sages-femmes parties au Laos décrivaient une toute autre relation : « c'est une culture beaucoup moins expressive, pudique et avec beaucoup plus de distances, le contact n'était pas forcément plus difficile mais différent » (SF3).

Lors de sa mission à Haïti, l'insécurité régnante avait entraîné une distance entre les expatriés soignants et les patients : « A Haïti, c'était très protocolaire, on était toujours étiqueté Médecins Du Monde (...) c'était difficile de se fondre dans la masse (...) on ne pouvait pas se balader comme on voulait (...) il n'y avait pas de relation naturelle avec les gens » (SF9).

Enfin, pendant les missions de développement, où les sages-femmes étaient présentes pour la formation du personnel, les rapports avec les patientes étaient plus distants car elles n'étaient pas là

pour intervenir directement dans les soins « le but c'était de s'effacer le plus possible et de laisser le personnel local travailler » (SF5).

L'impact politique et culturel dans la relation soignant/soigné

Les soins n'étant pas gratuits dans les pays d'accueil mentionnés, les sages-femmes qui avaient travaillées dans les hôpitaux gouvernementaux lors de missions de développement avaient plusieurs fois relevé l'intervention de l'argent dans les soins : « aux Comores, la sage-femme n'avait pas une bonne réputation d'où l'étonnement des patientes quand la prise en charge allait plus loin et qu'elles n'avaient pas payé pour l'avoir » (SF4).

Le rapport à la douleur était également un aspect qui changeait en fonction de la culture des patients : « tu dois aller à la pêche aux informations, notamment au niveau de la douleur : pour elles, c'était normal d'avoir mal après une césarienne donc ça ne leur venait pas à l'idée de te demander des antalgiques » (SF7).

L'homme blanc est souvent mis sur un piédestal dans ces pays-là. Au cours des missions de formation (Laos, Nepal, Haïti) les sages-femmes essayaient de ne pas se substituer au personnel local et de les valoriser dans leurs compétences « ils étaient souvent plus compétents que nous dans les choses courantes » (SF5).

L'intervention de la culture et de la religion dans la prise en charge médicale

Le rôle de la sage-femme était d'apporter une éducation à la santé tant au niveau du personnel local ou des sages-femmes traditionnelles qu'elles formaient, qu'au niveau des patientes : « je prends l'exemple du Soudan où les femmes sont infibulées⁸ (...) on essayait de faire en sorte qu'elles ne le soient plus après l'accouchement. (...) Au Laos, les femmes sont placées au-dessus d'un feu juste après l'accouchement et c'est pourvoyeur d'hémorragies. Également, dans beaucoup de pays, l'enfant n'est pas forcément mis au sein tout de suite et on lui donne certains produits qui ne sont pas bons (...) on essayait de faire passer des messages pour que les choses changent » (SF2).

La pudeur et le rapport au corps étaient mentionnés comme ayant eu un impact sur la manière de prendre en charge les patientes : « au début elles ne voulaient pas se faire examiner, il fallait essayer

⁸ Infibulation : ablation du clitoris, des petites et des grandes lèvres. La vulve est ensuite suturée pour ne laisser qu'un orifice étroit et fibreux, ménagé pour l'écoulement des urines et des règles.

de garder au maximum la pudeur. On devait les examiner sous leurs robes. Pendant les accouchements elles gardaient leur voile, on leur demandait si on pouvait les enlever. En amenant les choses doucement ça allait » (SF10).

Enfin, les croyances religieuses amenaient parfois les sages-femmes à revoir leur prise en charge et parfois à se retirer quand celles-ci n'avaient plus de rôle à jouer aux yeux des patients: « dans le cas de décès par exemple, il y a toute une relation aux esprits (...) du coup il y a des choses que tu ne peux pas faire car ce serait une catastrophe pour leurs croyances alors que nous on voit juste le côté médical pur et la compréhension médicale de ce qu'il se passe » (SF5).

Les solutions mises en place

Les sages-femmes en contact avec les membres du personnel local avaient nécessairement un contact privilégié avec la culture du pays d'accueil et ceux-ci s'avéraient être des personnes ressources : « pour moi la clé c'était d'avoir une personne ressource sur place qui nous expliquait les us et coutumes (...) cela nous a aidé à comprendre énormément de choses » (SF5) ; « pour moi, le meilleur appui c'était d'avoir un collègue comorien, bénévole à l'association (...) le fonctionnement de la société comorienne est tellement complexe et faut essayer de démêler cet écheveau et surtout pas s'emmêler dedans pour mener à bien son projet » (SF4).

III.1.2.5.3. Les relations avec le personnel local

C'est lors de missions de formation que les sages-femmes avaient été confrontées aux soignants locaux. Le but de la mission étant de transmettre des connaissances en vue d'améliorer la prise en charge des patients, la communication verbale était essentielle. Le décalage culturel a été d'autant plus grand que la pédagogie utilise des supports et des cadres de références différents d'une culture à l'autre et d'un pays à l'autre.

Le rapport à l'écrit

Dans de nombreux pays en voie de développement, l'écrit est très peu utilisé et l'oralité demeure encore l'outil principal de transmission. Plusieurs sages-femmes relevaient ce problème : « on a essayé de mettre en place le partogramme et j'étais déjà étonnée de constater qu'une maternité sensée être une

maternité de référence ne l'utilisait pas » (SF4) ; « participer à la formation de sages-femmes traditionnelles qui n'ont pas le même dialogue, pas de relation à l'écrit, ou même au dessin, comme nous pouvons l'avoir » (SF5).

Le rapport au temps

De même, le rapport au temps n'est pas identique à celui des pays occidentaux. Du fait des axes de circulation pas toujours praticables d'une part, et d'autre part, pour des raisons culturelles, la temporalité n'étant pas appréhendée de la même manière : « Proposer une réunion pour parler du projet ou du protocole que vous essayez de mettre en place en accord avec les autres, vous dites 9h mais il n'y aura personne avant 11h » (SF4, mission aux Comores).

On peut y associer le rapport à l'urgence, également impacté par cette différence : « entre le moment où on appelle le gynécologue et le moment où il vient... » (SF7).

Les solutions mises en place

Mener un changement demande beaucoup de temps et d'investissement, déjà au sein d'une même société. Lorsque ce changement est souhaité et entrepris lors de mission de formation, et que le formateur et le formé n'appartiennent pas à la même culture, la relation pédagogique peut s'en trouver perturbée et un fossé peut se créer. Plusieurs sages-femmes avaient mentionné cette difficulté et les qualités humaines dont elles avaient dû faire preuve pour y remédier : « la patience et la persévérance, parce qu'on ne voit pas les résultats tout de suite et cela peut être décourageant » (SF5), « accepter que ce qui est logique pour soi ne le soit pas pour l'autre (...) ce que tu ferais spontanément avec des réflexes à la française, cela peut ne pas du tout passer sur place ; il faut respecter cela » (SF5).

III.1.2.5.4. Les rapports avec l'équipe d'expatriés

Les équipes d'expatriés étaient soit uninationale soit internationale. Dans ce dernier cas, les problématiques de la rencontre interculturelle se posaient au même titre qu'avec les patients. Une sage-femme en avait fait l'expérience au Laos, où une équipe de MDM France et MDM Japon avait dû collaborer : « dans la culture française et japonaise on n'a pas du tout les mêmes modes de communication et les mêmes façons de gérer une équipe » (SF3), « dans les équipes où les membres

ne parlent pas la même langue, les quiproquos peuvent être nombreux » (SF2).

Par ailleurs, la mission implique un mode de vie en communauté : les membres de l'équipe sont en général logés au même endroit et les difficultés de communication peuvent être exacerbées par la fatigue, le stress et la promiscuité : « tout est amplifié rapidement au niveau relationnel » (SF11), « ce qui est difficile c'est de vivre avec des personnalités avec lesquelles tu n'accroches pas » (SF3).

Cependant, les situations extrêmes rencontrées en mission et psychologiquement difficiles peuvent souder les membres d'une même équipe, où chacun y trouve soutien et réconfort. Les sages-femmes y avaient fréquemment fait référence : « Quand tu es seule, que tu n'as pas ta famille, pas tes amis, tu t'attaches très vite aux seules personnes qui sont avec toi ; tu apprends à aimer à être avec des gens qui sont complètement différents de toi, dont tu n'aurais jamais fait connaissance si tu les avais rencontrés dans ta vie de tous les jours mais le fait d'être dans un endroit où tu ne peux être qu'avec eux (...) tu apprends à t'ouvrir aux autres et à accepter les gens comme ils sont et à te dire qu'il y a de belles choses en chacun ; tu pourras créer de belles amitiés avec des gens qui ont 40 ans de plus que toi, 20 ans de moins, qui n'ont pas forcément les mêmes visions politiques que toi, qui n'ont pas le même fonctionnement de vie (...) finalement quelque soient nos différences, tu apprends à respecter et à vivre ensemble » (SF9).

Les solutions mises en place

De nombreuses sages-femmes avaient rencontré des difficultés relationnelles avec des membres d'équipes au cours de leur(s) mission(s). Les solutions dont elles avaient usé étaient de ne pas rompre la communication, d'inviter l'autre à reformuler pour éviter les quiproquos, et de savoir envisager un autre point de vue : « C'est important de ne pas se borner dans ses idées et de comprendre le point de vue de l'autre même si au premier abord ça ne te paraît pas forcément pertinent mais quand tu essayes de le comprendre, oui cela a du sens » (SF3).

III.1.2.6. La réalité du terrain superposable aux attentes ?

Les sages-femmes qui pensaient rencontrer une obstétrique plus « physiologique » s'étaient rendu compte de la réalité du terrain qui était bien différente de celle qu'elles avaient imaginé :

« Je pensais accompagner plus les femmes dans les positions d'accouchement alors que là-bas c'est coucher sur le dos et on bouge pas (...) c'était plus médicalisé que ce que je connais dans mon quotidien ici » (SF7).

Les sages-femmes ayant mené des projets d'amélioration de soins pensaient obtenir des résultats significativement plus élevés que ce qu'elles avaient constaté au terme de leur mission : « pour ce qui est des résultats, ils ont été bien minces par rapport à ce qu'on avait essayé de faire : il a fallu revoir ses objectifs à la baisse parce qu'on est pris par le temps ou le manque de financement » (SF4).

Une sage-femme coordinatrice d'une mission au Laos n'avait pas pris conscience du caractère politique de sa mission : « Je n'avais pas anticipé le poids du communisme au Laos » (SF3).

Cependant la plupart des sages-femmes n'avaient pas été déstabilisées par la réalité rencontrée sur le terrain : « La réalité du terrain, tu la prends comme elle est, même si on t'avait prévenu » (SF9).

III.1.2.7. Influence sur la pratique au retour en France

Des compétences techniques et cliniques

Plusieurs sages-femmes avaient amélioré leur pratique dans la réalisation de certains gestes techniques pour les avoir pratiqués de manière récurrente au cours de leur mission : « Je suis plus à l'aise avec les révisions utérines parce que j'ai plus eu l'occasion d'en faire là-bas » (SF5).

Les compétences cliniques étaient largement citées comme s'étant améliorées mais la place qu'on leur laissait dans les pratiques médicales françaises ne permettait pas forcément aux sages-femmes de les utiliser : « ma clinique s'est affinée mais ici on est quand même obligé de faire de la paraclinique parce que c'est médico-légale, tu rentres toujours dans des procédures (...) tu ne peux pas te contenter de ta clinique même si tu es sûre de toi » (SF9).

Un savoir-être professionnel

L'appréhension de l'urgence était également citée : « on relativise certaines urgences, on va moins vite paniquer que d'autres » (SF9).

Suite à leur mission, plusieurs sages-femmes avaient pris conscience de l'abondance de moyens médicaux dont elles disposaient quotidiennement. Cela les avait rendues attentives à l'économie de matériel : « Je me suis rendue compte de la chance qu'on avait de travailler en France » (SF4).

Le fait d'avoir vécu et travaillé dans un pays étranger en côtoyant des populations étrangères à leur culture avait permis aux sages-femmes de mieux comprendre les différences culturelles des patients qu'elles étaient amenées à prendre en charge en France : « concernant ma vision des migrants : nous l'avons vécu donc je peux mieux comprendre les fissures culturelles quand tu débarques dans un pays que tu ne connais pas : l'importance de la présence des familles (...) l'importance de l'alimentation (...) le rapport au personnel médical » (SF5).

Compétences pédagogiques acquises mais non remises en pratique en France

Les sages-femmes ayant fait de la formation de personnel médical et du management d'équipe avaient acquis un certain nombre de compétences mais reconnaissaient que cela ne leur servirait pas dans leur pratique quotidienne : « j'ai développé des compétences de formations mais que je n'ai pas envie de remettre en pratique en France parce que ce n'est pas du tout la même manière d'enseigner » (SF5).

Entreprendre des formations complémentaires

Une sage-femme avait entrepris un DU de santé publique à l'Ecole de Santé Publique de Nancy, « promotion de la santé », et une autre avait pour projet d'entreprendre un Master de santé publique/épidémiologie : « j'aimerais faire de la recherche dans le milieu international au sein d'une grande ONG (...) » (SF9), toutes deux dans le but de repartir en mission.

Changer de lieux d'exercice

Plusieurs sages-femmes souhaitaient changer de lieux d'exercice suite à leur mission : une sage-femme s'était professionnalisée chez Médecins Du Monde, une sage-femme souhaitait intégrer une ONG pour

y faire de la recherche épidémiologique, et une sage-femme souhaitait travailler au sein d'un organisme de protection maternelle et infantile (PMI) : « les rencontres interculturelles que j'ai vécues aux Comores, j'aimerais pouvoir les revivre à travers un travail de PMI » (SF4).

Pas d'influence sur la pratique

Deux sages-femmes avaient remarqué que leurs missions humanitaires n'avaient pas influencé leur pratique à leur retour en France : « mes missions m'ont changée moi mais pas ma pratique » (SF9), « Je me suis surprise à revenir assez rapidement à ma pratique habituelle » (SF7).

III.1.2.8. Les étudiants sages-femmes

Une expérience professionnelle nécessaire

Les sages-femmes interrogées étaient unanimes sur le fait qu'une expérience professionnelle de plusieurs mois voire plusieurs années avant de partir en mission humanitaire soit nécessaire.

« il faut s'adapter au niveau de l'équipe, du pays et en plus il faut que tu comprennes tout le mécanisme de l'humanitaire qui est hyper compliqué et je pense que si tu es instable car tu n'as pas assez d'expérience professionnelle (...) cela fait beaucoup de choses et je pense que cinq ans d'expérience avant de partir ce n'est pas trop demandé » (SF9).

Certains types de missions, en particulier les missions de formation de personnels locaux peuvent s'avérer plus abordables pour une jeune sage-femme avec peu d'expérience professionnelle « on a largement le bagage pour transmettre » (SF5). Cependant, une jeune sage-femme, même d'origine occidentale, pourra manquer de crédibilité : « arrivée jeune sage-femme de 25 ans sans enfants, en plus j'étais pas mariée alors n'en parlons pas, c'était quand même une société très traditionnelle, c'était beaucoup plus facile pour ma collègue qui m'a précédée qui avait 50 ans et toute l'expérience qui va avec » (SF4).

La préparation des étudiants sages-femmes

Concernant la préparation des étudiants sages-femmes à un éventuel exercice humanitaire, aucun

enseignement théorique ou pratique n'avait spontanément été cité par les sages-femmes interrogées comme devant être ajouté à l'enseignement général dispensé au cours de la formation initiale : « je ne dis pas qu'il faudrait former les sages-femmes comme ça en France parce que la plupart ne partiront pas en mission humanitaire et n'utiliseront pas ce type de connaissances » (SF3). Elles faisaient plutôt référence au caractère particulier de la mission humanitaire impliquant certaines prédispositions au niveau du savoir-être : « c'est plus au niveau de l'adaptabilité, de la flexibilité (...) c'est vraiment une histoire de caractère et d'ouverture d'esprit » (SF2).

Propositions

Suite à des propositions au cours de l'entretien, certaines sages-femmes ont tout de même reconnu que certains modules facultatifs pourraient être proposés ou leur accès facilité. Parmi eux, la médecine tropicale et la santé publique internationale étaient largement citées, étant des domaines ayant fait défaut à plusieurs sages-femmes lors de leur(s) mission(s).

Venait ensuite la proposition de généraliser les retours de missions au sein des écoles de sages-femmes et la facilitation des stages extérieurs dans les pays en voie de développement.

La sensibilisation des étudiants sages-femmes à l'engagement humanitaire

Toutes les sages-femmes avaient reconnu l'impact positif qu'avaient eu leur(s) mission(s) tant au niveau professionnel que personnel. La dernière question de l'entretien amenait les sages-femmes à développer les objectifs que pourraient avoir la sensibilisation des étudiants.

Plusieurs sages-femmes avaient d'emblée évoqué la richesse que pouvait apporter la rencontre avec une autre culture et l'influence bénéfique qui pouvait en découler dans la pratique professionnelle quotidienne en France.

D'autres sages-femmes rappelaient également qu'elles étaient des professionnelles qui avaient un rôle important à jouer au niveau de la santé sexuelle et reproductive dans les pays en voie de développement : « en tant que sage-femme, on a beaucoup de choses à apporter » (SF6).

Une autre sage-femme affirmait que cela pourrait permettre d'avoir une vision globale du métier de sage-femme et : « en France on est très peu dans...(hésite) on est dans le corporatisme, il n'y a pas cette unité, par exemple il y en a très peu qui se rendent au congrès international de rencontre de sages-femmes (...) on n'a pas cette vision globale de notre métier, voire mondiale, et cette conscience de ce

qu'est que d'exercer dans un petit dispensaire d'Afrique, et je pense qu'il pourrait y avoir beaucoup plus de solidarité entre les sages-femmes » (SF4).

Les possibilités de carrière dans l'humanitaire avaient également été citées : « expliquer de façon réaliste ce qu'est l'humanitaire : les objectifs de carrière, les possibilités d'évolutions (...) il y a encore énormément de postes de sages-femmes qui ne sont pas pourvus » (SF3).

Trois sages-femmes pensaient que cela n'est pas utile de sensibiliser les ESF à l'engagement humanitaire et affirmaient que : « les sages-femmes qui veulent vraiment partir partent » (SF8).

III.2. Les entretiens réalisés avec les responsables d'associations humanitaires

III.2.1. Présentation de l'échantillon

III.2.1.1. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont duré entre 10 minutes et 15 minutes.

Six entretiens ont pu être réalisés sur les dix organismes sollicités.

III.2.1.2. Caractéristiques des personnes interrogées

- Médecins Sans Frontières (MSF)

Il s'agit d'une organisation non gouvernementale possédant un statut international et un appui médiatique important. C'est une association humanitaire médicale, créée en 1971 à Paris, par des médecins et journalistes suite au conflit du Biafra (sud-est du Nigéria actuel). Elle garantit son indépendance par son financement venant à plus de 95 % de fonds privés. Elle apporte assistance aux populations victimes d'épidémies, de conflits armés, de catastrophes naturelles et auprès des populations souffrant d'exclusion des soins. Elle assure la prise en charge des urgences obstétricales tout en menant depuis plusieurs années des programmes de santé sexuelle et reproductive (soins pré et

post-nataux, planning familial, traitement des fistules vésico-vaginales, les interruptions de grossesses, et la prévention de la transmission materno-foetale du VIH)[(17) [18]

La personne interrogée était une chargée de recrutement du service de ressources humaines de MSF.

- Gynécologie Sans Frontières (GSF)

Il s'agit d'une association constituée, en 1995, par des gynécologues et des sages-femmes souhaitant promouvoir la santé et le développement de la femme dans le monde dont elle définit les principaux enjeux : l'accès aux soins, la maîtrise de sa santé, la contraception, l'éducation, la violence faite aux femmes, et la discrimination sur le genre. Elle agit à plusieurs niveaux : médical, psychologique et sociale. Elle organise des missions d'urgence, de développement et de formation (enseignements). Les missions sont organisées soit en fonds propres entièrement gérés par GSF, soit en partenariat avec d'autres ONG généralistes comme Aide Médicale Internationale, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières... [19].

La personne interrogée était une sage-femme, trésorière de l'association.

- Première Urgence-Aide Médicale Internationale (PU-AMI)

Cette association est née de la fusion en 2011 de deux ONG françaises existantes depuis plusieurs années. Première Urgence a été fondée en 1992 et intervenait dans des situations d'urgence pour mener des actions de réhabilitation, de reconstruction, d'assainissement, de relance agricole et économique. Aide Médicale Internationale quant à elle, a été fondée en 1979 et menait des actions de santé en rétablissant l'accès aux soins des populations exclues de tout système de santé par la mise en œuvre de programmes médicaux (soins de santé primaire et secondaire, Santé materno-infantile, nutrition, VIH, Santé mentale, réseaux de santé communautaire...). Désormais, cette association possède de nombreux champs d'interventions complémentaires avec le souci permanent de formation et d'accompagnement des personnels de santé locaux [20].

La personne interrogée était une sage-femme, référente santé « Moyen-Orient » (Health Advisor) travaillant au siège de l'ONG, dont les qualifications étaient l'évaluation de la qualité des projets de santé, le suivi des projets et le retraitement des ressources humaines.

- Pédiatres du Monde (PDM)

Cette ONG est à spécificité pédiatrique. Elle a été créée en 1996 comme Section humanitaire de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, (AFPA) avec le parrainage de la Société Française de Pédiatrie (SFP). Depuis elle s'est autonomisée et a pris le nom de Pédiatres du Monde en 2003. Elle regroupe des pédiatres français ou étrangers, libéraux et hospitaliers, des professionnels médicaux et non médicaux. Elle met les compétences de ses membres au service de la formation, de la guidance et d'échanges répondant aux demandes des acteurs locaux pour une amélioration durable de la santé de l'enfant dans les situations de précarité en veillant à la pérennisation de ses programmes[21].

La personne interrogée était un pédiatre, relais de l'association PDM au CHU de Strasbourg.

- Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF)

Cette ONG créée en 2001 mène des actions humanitaires en France et à l'étranger. En France elle mène des programmes de partenariat avec le Samu Social par exemple pour permettre un accès aux soins aux femmes en situation de grande précarité par la création de consultations gratuites en région parisienne et en région lilloise. Ses actions à l'étranger sont des missions de développement : apport d'un secours médical, évaluation d'une situation et définition des besoins à mettre en œuvre, projets d'éducation pour les femmes, projets de développements économiques. Son équipe est entièrement composée de bénévoles [22].

La personne interrogée était un médecin, président de l'association.

- Le Service Fraternel d'Entraide (SFE)

Le SFE est une ONG franco-suisse chrétienne qui poursuit diverses activités principalement dans le domaine de la coopération médicale et du développement rural au Laos. Elle coopère avec les services gouvernementaux et la population locale en établissant des relations de partenariat de longue durée afin de promouvoir un développement durable, dans le respect de la culture et de l'environnement du pays. Elle travaille constamment avec une dizaine d'expatriés et une quarantaine de collaborateurs nationaux. Elle mène des actions dans le domaine médical (réhabilitation d'hôpitaux de province, à la formation du personnel et à d'autres programmes de formation permettant le développement des dispensaires) et dans le domaine agricole [23].

La personne interrogée était un médecin, président de l'association.

Les ONG Aide Médicale et Développement (AMD), Santé Sud, La Croix Rouge et Médecins Du Monde ont été contactée en Novembre 2014 mais aucune réponse de leur part n'a été obtenue malgré plusieurs sollicitations.

III.2.2. Analyse des entretiens

III.2.2.1. L'expérience professionnelle

MSF et PU- AMI demandaient au moins deux ans d'expérience professionnelle avant un départ en mission à l'internationale. MSF prenait également en compte l'expérience dans la prise en charge de grossesses pathologiques et la gestion d'accouchements difficiles. Cette association organisant des missions de grande ampleur dans des situations et sur des terrains précaires, les sages-femmes engagées devaient posséder une certaine autonomie professionnelle, tout en étant capable de travailler au sein d'une équipe internationale. Elle valorisait les sages-femmes s'étant déjà engagées pour des missions courtes, par exemple au sein de GSF. La sage-femme référente santé au sein de PU-AMI, insistait sur les qualités professionnelles que les sages-femmes étaient capables d'apporter au sein d'une ONG : « nous les sages-femmes, nous avons cette capacité à gérer des projets autre que la santé mère-enfant : à travailler sur la malnutrition ou des projets très généralistes comme le VIH (...) capacités qui ne sont pas forcément exploitées. Et je pense que c'est important d'avoir des SF au sein des sièges pour valoriser la profession à l'internationale. » (PU-AMI)

L'ADSF, PDM et le SFE étaient moins exigeants quant aux années d'expérience : « à l'ADSF on est moins exigeant parce qu'on met moins les gens dans des situations difficiles mais malgré tout, comme c'est du développement, l'expérience compte beaucoup parce que la capacité à transmettre elle vient aussi de la bonne maîtrise de ce qu'on a à transmettre mais la bonne maîtrise on l'a pas en sortant de l'école, on l'a en faisant ses armes sur le terrain » (ADSF).

GSF recrutait grâce à un dossier de compétences (téléchargeable sur leur site internet) afin d'évaluer l'expérience et les compétences professionnelles. Cependant, dans des situations d'extrême urgence comme ce fut le cas lors des missions organisées sur le camps de réfugiés syriens de Zaatari, la recherche urgente d'effectifs pour constituer les équipes de terrain avait amené l'association à recruter de jeunes sages-femmes diplômées qui avaient été ensuite intégrées à des équipes de sages-femmes plus expérimentées (compagnonnage).

III.2.2.2. L'évaluation de la motivation des sages-femmes

MSF et PU-AMI évaluaient la motivation des sages-femmes désireuses de s'engager lors d'entretiens menés avec leur service de ressources humaines (savoir-être, maturité du projet, réflexion sur le travail humanitaire, évaluation des compétences professionnelles). Ces deux ONG demandaient une disponibilité d'au moins six mois pour partir en mission : « six mois c'est le minimum pour partir en mission pour bien comprendre le système de santé, le contexte dans lequel on travaille (...) il faut s'investir sur du long terme ».

L'ADSF et le SFE étant des ONG menant exclusivement des missions de développement et envoyant leurs expatriés pour des périodes de plusieurs mois voire plusieurs années, exigeant une disponibilité importante, la motivation s'en trouvait automatiquement évaluée au vue des contraintes : « On travaille exclusivement avec des gens qui s'engagent sur le long terme donc au moins pour trois ans, qui acceptent de vivre avec une indemnité de survie, qui n'est pas un salaire et qui apprennent la langue, donc cela permet de voir un peu les motivations »

PDM et GSF organisaient uniquement des missions de courtes durées, allant de une à trois semaines. Aucun entretien de recrutement officiel n'était effectué au sein de l'association. GSF demandait une lettre de motivation et une entrevue avec le coordinateur de la mission permettait de rapidement identifier les motivations et les attentes, les sages-femmes désireuses de partir pour ces missions étant souvent connues des médecins coordinateurs, puisque collègues : « à partir du moment où elle veut partir il n'y a pas de problème, c'est rare les gens qui veulent partir juste pour faire du tourisme » (PDM), « Il y a toujours un gynécologue chef de mission et c'est lui qui recrutait parce que, pour nous, c'est un bon de moyen de savoir ce qu'il en est » (GSF).

III.2.2.3. Les qualités recherchées

Les qualités humaines recherchées par les associations humanitaires étaient :

- l'intérêt et la connaissance des pays en voie de développement
- l'ouverture d'esprit
- la capacité de s'adapter à l'étranger, la flexibilité, et la souplesse
- la capacité à gérer des situations de stress et des risques de sécurité sur place
- la capacité de travailler en équipe, la diplomatie
- un sens des responsabilités
- des capacités organisationnelles
- une résistance psychologique : « ce à quoi vous pouvez ne pas être habitué, c'est la mortalité maternelle qui existe encore dans certains pays (...) dont on est préservé et pas habitué ici » (MSF)
- l'humilité : « être capable d'écouter ces gens, de respecter, se mettre en retrait et d'apprendre de la part de ceux à qui on était censé apprendre. » (ADSF).
- la patience et la persévérance
- des qualités de pédagogie
- être capable de vivre en communauté

III.2.2.4. Les formations et compétences professionnelles supplémentaires

MSF, PU-AMI, GSF le SFE valorisaient particulièrement les sages-femmes titulaires d'un master ou DU de santé publique et de médecine tropicale. PU-AMI signalait cependant que c'était « un plus » mais que cela n'était pas indispensable, privilégiant les professionnels capables de faire de la santé de la reproduction en général : « des connaissances dans le traitement des IST, de la prévention SIDA, la prise en charge de la contraception des femmes (...) une prise en charge globale et pas seulement le suivi de grossesse et l'accouchement » (PU-AMI).

Des compétences linguistiques en anglais et en espagnol étaient indispensables pour MSF : « on a plus de 90 % de nos postes qui sont sur des contextes anglophones ».

L'ADSF et PDM n'exigeaient pas de formations ou de compétences professionnelles supplémentaires : « pas nécessairement (...) c'est des compétences humaines plus qu'autres choses ».

III.2.2.5. Les formations dispensées par les associations

PU-AMI, MSF, l'ADSF, PDM et le SFE proposaient des formations de préparation au départ sur la connaissance de l'association, le contexte de la mission, l'historique du programme, les objectifs fixés et la réalité du terrain (contexte sanitaire, géopolitique, et culturel). Médecins Sans Frontières fournissait des formations aux futurs volontaires sur les réponses à adopter face aux épidémies, la malnutrition, la santé sexuelle et reproductive, qui étaient ciblées en fonction du type de missions pour laquelle la sage-femme était envoyée. Cette ONG étant importante au niveau du nombre de missions qu'elles proposent, celles-ci avait mis en place un certain nombre de protocoles médicaux pour un exercice en milieu précaire systématiquement mis à disposition des volontaires.

PU-AMI formait spécifiquement les professionnels de santé à l'analyse de données, l'épidémiologie, le suivi des indicateurs de santé, et la gestion d'un projet au quotidien.

GSF proposait une formation non obligatoire en gynécologie obstétrique humanitaire (FGOH) sous l'égide du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France, dont les objectifs étaient d'apporter des connaissances sur l'action humanitaire, les modalités d'intervention, et des compétences dans le domaine de la santé des femmes, le public ciblé étant bien sûr les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les médecins, les chirurgiens, les étudiants sages-femmes et les étudiants en médecine.

IV. DISCUSSION

IV.1. Force de l'étude

IV.1.1. Représentativité des populations étudiées

L'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique [24]. Il avait été sélectionné les sages-femmes qui pouvaient répondre à la question de l'étude : L'engagement humanitaire des sages-femmes nécessite-il des compétences spécifiques ?

Les sages-femmes interviewées étaient exclusivement des sages-femmes parties en missions humanitaires dans des pays en voie de développement. Elles étaient d'âge varié, de milieux d'exercice différents et ayant effectué une ou plusieurs missions d'urgence et/ou de développement, ce qui nous avait permis d'obtenir un échantillon diversifié. Le but de cette sélection était d'avoir une population avec une richesse d'opinions différentes. Grâce à cette diversité les sages-femmes ont exprimé des visions différentes selon leur(s) expérience(s) en mission humanitaire.

De même, les organismes interrogés étaient représentatifs des différents types d'associations que l'on peut rencontrer dans le paysage humanitaire :

- deux ONG importantes par leur appui médiatique et leur poids financier : MSF et PU-AMI
- deux ONG ayant une composante spécifique dans le champ de la santé périnatale et un partenariat avec les instances représentatives de ces spécialités (Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France et Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) : PDM et GSF
- deux ONG humanitaires plus modestes, menant exclusivement des missions de développement : l'ADSF et le SFE

IV.1.2. La méthode

Nous avons choisi une étude qualitative réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés dont les guides d'entretien comportant des questions ouvertes permettaient aux interlocuteurs de s'exprimer librement. Ils ont émis leurs opinions selon leurs vécus et les problématiques avec lesquelles ils avaient été confrontés. Le plan ainsi que l'ordre des questions définis arbitrairement n'étaient pas fixes, laissant la liberté d'expression à l'interviewé. Après chaque entretien semi-directif, les guides d'entretiens avaient été l'objet de quelques modifications afin d'intégrer les nouveaux éléments qui apparaissaient.

Les derniers guides utilisés sont ceux présents dans les ANNEXES 1 et 4.

IV.2. Limites de la méthode

IV.2.1. Les conditions de réalisation des entretiens

Afin de ne pas être obligé de réduire géographiquement les recherches, un certain nombre d'entretiens ont été réalisés par téléphone. Cependant cela n'a pas limité les réponses des sages-femmes et des recruteurs interrogés, contrairement à ce qu'on aurait pu anticiper. En effet, il a permis une certaine qualité d'interrogation : l'anonymat visuel et le centrage sur l'écoute ont créé des conditions plutôt favorables au dialogue. Le fait de pouvoir s'entretenir sans contraintes de rendez-vous, nécessitant une présence physique, amenait les interviewés à se confier facilement. Ceux-ci se trouvant dans l'environnement de leur choix (souvent à domicile, donc dans leur propre environnement) et aux horaires qui leur convenaient. Aucun des entretiens téléphoniques n'a été perturbé, contrairement à deux entretiens menés en présentiel : un au domicile d'une sage-femme et l'autre dans son bureau à la fin d'une journée de consultations à l'hôpital. Il n'a été remarqué aucune influence sur la durée des entretiens entre ceux réalisés par téléphone et ceux réalisés en présentiel.

IV.2.2. Biais de reconstruction différée

Concernant les entretiens réalisés avec les sages-femmes, les limites étaient temporelles : en effet plus l'expérience était lointaine, plus des phénomènes de reconstruction différée pouvaient apparaître, biaisant le récit de la personne. Le délai entre les dernières missions effectuées et la réalisation des entretiens était, tout au plus, de deux ans.

IV.2.3. Biais d'interprétation

Quant aux limites intrinsèques de l'étude, elles relevaient du risque de subjectivité dans l'interprétation des données. Cependant, les interlocuteurs ont pu avoir le temps qu'ils souhaitent pour s'exprimer clairement sur chaque thème, et une reformulation orale de leur point de vue lors des entretiens leur avait été soumise pour éviter d'éventuels contresens.

IV.2.4. Biais de retranscription

Il a pu y avoir eu un biais de retranscription car de rares passages étaient peu audibles ce qui a pu entraîner des erreurs.

IV.3. Discussion des résultats

IV.3.1. La formation universitaire des sages-femmes françaises

Parmi les pays offrant une formation de base spécifique de sage-femme, la France a la durée d'études la plus longue, le diplôme d'état étant délivré au terme de cinq années d'études [25]. Les sages-femmes comme les organismes humanitaires interrogés reconnaissent les connaissances médicales physiopathologiques maîtrisées par les sages-femmes avant le départ en mission, même si elles restent à adapter en fonction de l'expérience professionnelle du candidat et de l'exercice local.

Les sages-femmes interrogées ont, à plusieurs reprises, mentionné des connaissances théoriques leur ayant fait défaut et qu'elles ont jugé pertinentes de proposer lors du cursus initial. La médecine tropicale (pathologies infectieuses), la santé publique en France et dans le monde (indicateur de santé d'une population, normes de l'OMS, etc.) associés à des notions d'épidémiologie (bases d'épidémiologie des maladies transmissibles, mesures de surveillance, prévention, interprétation d'une enquête épidémiologiques, etc.) pourraient faire l'objet de modules facultatifs. Plusieurs sages-femmes avaient entrepris des diplômes universitaires, formations et certificats afin de compléter leurs connaissances dans ces disciplines. L'accès à ces enseignements au sein des facultés de médecine pourrait être facilité aux étudiants sages-femmes intéressés. Loin d'être uniquement utiles pour un exercice humanitaire, ces notions pourront servir aux soins des populations migrantes [26].

Des sages-femmes avaient également évoqué leurs difficultés à prendre en charge la gynécologie durant leur mission. Celle-ci est désormais totalement intégrée à la formation initiale et comprend davantage d'heures d'enseignements théoriques ainsi qu'un stage entier dédié aux consultations gynécologiques, dans le but d'acquérir notamment les gestes techniques (pose d'implants et de stérilets) et une meilleure connaissance de la contraception. On peut supposer que les nouveaux diplômés, projetant un engagement futur, ne se trouveront plus démunies face à ces prises en charge.

Par ailleurs, une sage-femme avait rencontré des difficultés à l'accompagnement des patientes en situation de deuil périnatal. La culture de ces populations et le fatalisme, dont celles-ci peuvent faire

preuve, entraînent un rapport à la mort et au deuil d'un nouveau-né différent de celui des occidentaux, cependant même si des nuances d'ordre culturel subsistent indéniablement, la bienveillance est universelle. Il devrait être systématiquement intégré aux études de maïeutique, des sessions de formation sur la prise en charge de ses patientes et de ses couples car ce sont des situations que toute sage-femme est susceptible de rencontrer au cours de sa carrière en France, et les gestes et paroles à avoir (ou surtout à ne pas avoir) ne s'improvisent pas. A l'École de Strasbourg, des heures d'enseignements sont prévues à cette effet, notamment avec l'association « Nos Tout Petits D'Alsace », association de soutien aux parents autour du deuil périnatal [27].

Les sages-femmes interrogées ont globalement répondu positivement à l'intérêt de sensibiliser les étudiants sages-femmes à l'engagement humanitaire. La sage-femme étant un professionnel compétent dans le champ de la périnatalité, elle est capable d'exporter ses connaissances et ses compétences pour la prise en charge des populations précaires et à celles des pays en développement, mais l'exercice humanitaire lui permet également d'acquérir de nombreux savoir-faire et un savoir-être indispensables à sa pratique, y compris en France. La généralisation des retours d'expériences au sein des écoles de sages-femmes permettrait aux étudiants de découvrir les conditions de travail de la sage-femme en mission et d'être préparés à une réalité souvent bien loin du fantasme de l'humanitaire que peuvent avoir certaines.

De plus, plusieurs sages-femmes avaient fait référence à leurs stages à l'étranger ou aux bénéfiques qui avaient découlé de leurs expériences dans les départements d'outre-mer et elles s'accordaient sur le fait qu'il faille continuer à favoriser les stages extérieurs dans les DOM-TOM et les pays en voie de développement. Ces stages, très plébiscités par les étudiants, sont souvent une première approche du travail qui peut être rencontré au cours d'une mission humanitaire.

Enfin, si des étudiants souhaitent effectuer un stage dans une structure humanitaire en France et/ou à destination des populations précaires, il serait intéressant de créer un dispositif associant enseignement théorique et stage pratique permettant de valoriser l'engagement étudiant vers des actions de solidarité. Certaines ONG, comme Médecins du Monde, accueillent déjà certains étudiants en médecine dans leurs structures médico-sociales, mais en tant que volontaires. Enfin, il existe dans certaines universités, une unité d'enseignement (UE) libre intitulée « engagement associatif », permettant à l'étudiant de participer à des actions au sein d'associations étudiantes et de s'y investir à travers un projet. Cependant, cette UE est limitée aux associations étudiantes et n'est accessible qu'une fois durant le cursus de sage-femme.

Concernant les organismes humanitaires, la question de la formation initiale n'était pas essentielle. Les compétences en médecine tropicale et santé publique étant bien sûr valorisées, elles n'étaient pas

reconnues comme indispensables à un premier départ en mission. Le cas particulier de la mission humanitaire (système de santé local défaillant, équipe d'expatriés peu nombreux, nombre élevé de patients, pathologies inhabituelles, etc.) oblige quasiment toujours ses acteurs à sortir de leur champ de compétences habituel. A cet effet, les ONG pouvant se le permettre proposent systématiquement des formations complémentaires à ses volontaires sur la gestion de projet, l'épidémiologie, la supervision et la coordination d'équipe, ainsi que des formations médicales, par exemple la formation de MSF sur « les soins néonataux et obstétricaux dans les situations d'urgence » [28].

IV.3.2. L'expérience professionnelle

La moyenne d'âge pour un départ en mission se situe aux alentours de trente ans (premier départ ou non), la majorité étant partie dans les cinq années suivant l'obtention de leur diplôme. C'est souvent à cet âge que les sages-femmes ont acquis l'expérience professionnelle suffisante en milieu hospitalier et reconnue par elles comme étant indispensable : actualisation des connaissances cliniques et paracliniques, réflexes d'urgence bien installés, et travail en équipe pluridisciplinaires. Tous les niveaux de maternité que les sages-femmes ont fréquentés avant leur départ en mission sont représentés. Il s'agissait d'un critère de sélection des candidates au départ pour MSF, un exercice professionnel dans un niveau 3 comprenant la prise en charge de nombreuses pathologies et la gestion d'accouchements difficiles étant des situations rencontrées sur le terrain d'intervention.

L'exercice en milieu isolé qu'on peut encore rencontrer dans certains départements d'outre-mer est à mettre en parallèle avec les situations cliniques rencontrées dans les pays en voie de développement : grande multiparité, pathologies tropicales, retard de consultation des patientes, milieu isolé, structure peu médicalisée, etc. Les sages-femmes qui en avaient fait l'expérience s'en étaient trouvées avantagées car habituées à gérer seules des situations d'urgence et à assurer une prise en charge décente avec peu de matériels à disposition.

Pour les sages-femmes comme pour les organisations humanitaires, il s'agit de reconnaître et d'exploiter au mieux les savoirs acquis, quelques soient leurs natures : expériences et formations sont à l'origine des compétences professionnelles. Celles-ci ne peuvent exister que s'il y a maîtrise du sens : il est nécessaire d'investir la mission pour en comprendre la finalité, en d'autres termes, comprendre les objectifs et les moyens à disposition permettant leurs mises en œuvre.

Guy le Boterf⁹ définit la compétence comme « l'action au cours de laquelle sera utilisée la compétence (...) la compétence ne se résume donc pas à la combinaison des connaissances mais découle de divers processus : l'action passée, actualisée sous forme d'expérience, l'action présente, qui révèle et valide la compétence, et expérimente pour générer des compétences futures (...) la compétence ne pré-existe pas à un acte, elle en émerge » (Le Boterf, 1994) [29]. Ainsi, les sages-femmes qui se retrouveraient confrontées à des situations pour lesquelles elles n'auraient *a priori* pas les compétences pour y remédier, pourront plus facilement en développer de nouvelles grâce à leur expérience.

Les ONG, MSF et PU-AMI demandent une expérience professionnelle de deux ans minimum. MDM demande minimum cinq ans d'expérience avant un premier départ. Ces ONG, importantes par leur structure, leur poids financier et leur impact médiatique, menant des actions humanitaires avec des équipes internationales sur des terrains d'intervention difficiles, voire dangereux, ne peuvent se permettre de recruter de jeunes sages-femmes avec peu d'expérience. Les conditions de travail en humanitaire nécessitant une adaptation spécifique, il est important d'avoir une assise solide de connaissances théoriques et pratiques.

Les ONG humanitaires plus modestes sont en général moins strictes quant aux années d'expérience. Leurs actions de moins grande ampleur, sans organisations et équipes internationales, sont des éléments qui peuvent l'expliquer. Cela ne les empêche pas de l'être sur d'autres critères : un engagement sur plusieurs années en immersion totale dans le pays d'accueil, comme le propose le Service Fraternel d'Entraide au Laos ou l'ADSF, nécessite d'autres exigences au niveau des qualités humaines.

IV.3.3. Une prédisposition à l'engagement humanitaire ? Les qualités humaines au cœur de l'exercice humanitaire

L'engagement humanitaire n'est pas qu'affaire de compétences professionnelles et les qualités humaines ont une place prépondérante. Certaines ONG y accordent davantage d'importance qu'un diplôme ou une formation complémentaire relative à la médecine humanitaire. De même, plusieurs sages-femmes rappelaient que ce n'est pas un diplôme qui fera qu'une sage-femme s'adaptera correctement à la mission pour laquelle elle a été envoyée.

Les capacités d'adaptation à une situation inconnue et l'ouverture d'esprit sont des qualités venant

⁹ Ingénieur conseil en ressources humaines, ancien expert à l'UNESCO, consultant pour l'UNICEF et l'Union Européenne

souvent de l'éducation reçue et s'acquièrent parfois par l'expérience. Certains individus y sont davantage prédisposés. L'élan de solidarité, l'envie d'aller vers l'Autre et la volonté de donner sans attendre de contreparties, cités par plusieurs sages-femmes, sont des qualités rares et l'on peut dire que le choix du métier de sage-femme mobilise déjà ces dispositions. De même, les capacités à s'auto-évaluer, et à remettre ses pratiques en question sont fondamentales dans un pays où sa légitimité n'est pas toujours évidente aux yeux du personnel local et parfois des patients.

L'exercice humanitaire dans les pays en voie de développement implique une confrontation quotidienne avec une autre culture, des croyances et des pratiques professionnelles différentes. Il est indispensable pour les soignants de faire preuve de flexibilité, de souplesse, de respect et surtout d'humilité. À l'étranger, les expatriés voient inévitablement les populations locales et leur environnement avec leurs yeux d'occidentaux. Ainsi, notre culture européenne, fabrique souvent un jugement erroné sur certains aspects de la vie locale. Le risque est de ne pas chercher à comprendre et à estimer ses propres pratiques prévalentes. Comme le souligne Albert Jacquard¹⁰ : « Il faut prendre conscience de l'apport d'autrui, d'autant plus riche que la différence avec soi-même est plus grande. »[30]. L'interculturalité définie comme « l'ensemble des processus (psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels) générés par les interactions des cultures, dans un rapport d'échange réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation »[31] nécessite de la part des soignants expatriés de conjuguer les savoirs réciproques, après avoir identifié les difficultés de santé en lien avec les questions culturelles, les écueils qui découleraient des croyances et des pratiques, et de repérer les itinéraires d'accès aux soins préexistants. C'est ainsi que dans le cadre humanitaire, les sages-femmes doivent redoubler d'efforts pour recueillir des signes et des symptômes que le patient a du mal à transmettre de par sa langue, et de par une culture scientifique inexistante.

L'esprit de solidarité qui caractérise ces sages-femmes traduit par un élan vers l'Autre, et sûrement une certaine capacité à se penser « citoyen du monde » réfléchissant à l'impact de la mondialisation dans le quotidien, et créant des espaces d'échanges internationaux pour chercher ensemble des solutions. Cette conscience de ses responsabilités s'exprime dans le fait que défendre les droits des autres, c'est peut-être aussi vouloir préserver ses propres droits. C'est justement l'existence de zones de non-droit qui est emblématique d'une mise en péril des droits de l'Homme. L'engagement humanitaire de ces sages-femmes était peut-être une manière de permettre un accès à ces droits qui font souvent défaut aux populations de ces pays [32].

10 Chercheur et essayiste français, spécialiste de génétique des populations, il a été directeur de l'Institut National d'Etudes Démographiques et membre du comité consultatif national d'éthique.

IV.3.4. Des compétences et une éthique pour la pratique en France

Des changements s'opèrent inévitablement lors des missions humanitaires : que ce soit au niveau du regard sur notre système de santé qu'au niveau personnel. Tout ce qui sort quelqu'un de ses habitudes, tous ses voyages à l'étranger ou toute autre expérience inhabituelle créent une modification du regard, un certain recul par rapport à sa vie et sa culture. Ce qui est commun à tous les volontaires, quelles que soient leur fonction sur le terrain ou le temps passé dans une mission, est ce changement de vision, que ces changements soient positifs, négatifs ou une combinaison des deux.

Concernant la perception du système de santé français, elle permet de responsabiliser les praticiens face aux coûts du matériel médical et aux soins en général. Elle favorise également une prise de recul dans l'analyse des problématiques de santé en France. Maurice Mimoun¹¹ exprime ainsi que, dans ces pays, le principe de précaution est un luxe, le principe de nécessité est un combat : « Premier coup de bistouri à Paris. Curieux. Tout ce monde autour de soi, toutes ces procédures de sécurité, tous ces appareils, tout ce luxe de précautions, toute cette propreté. (...) Comme il a fallu s'habituer au manque, il faut reprendre ses aises, revenir du principe de nécessité au principe de précaution. » [33].

Au niveau personnel, la majorité des sages-femmes se trouvent enrichies par leur expérience humanitaire et aucune ne dit regretter ce choix. Certaines se disent plus curieuses. D'autres ont vécu des modifications de vie comme un changement d'orientation professionnelle (une professionnalisation dans l'humanitaire) ou souhaitent en changer (intégrer un service de protection maternelle et infantile).

Aussi, la confrontation aux inégalités permet une meilleure prise en charge des patients précaires et des populations migrantes. Comme l'avait évoqué une des sages-femmes exerçant en Seine-Saint-Denis dans un service de Protection Maternel et Infantile (PMI), son travail avec une population particulièrement étrangère l'amenait à se faire assister d'interprètes. Ceux-ci sont présents pour la communication purement verbale mais servent aussi de médiateurs culturels quand la patiente n'a pas le même référentiel de la maladie ou de la grossesse par exemple. Rony Brauman écrit à ce propos : « Toutes les sociétés produisent leurs représentations du corps, de ses atteintes, de ses failles, des troubles et de leurs raisons (...) Pour qu'un patient accepte de suivre un traitement, il faut qu'il en saisisse la logique, ce qui présuppose des références culturelles communes. Cet appauvrissement prive le médecin étranger de toute possibilité de comprendre comment les troubles sont vécus et nous cantonne dans l'exercice d'une médecine quasi-vétérinaire. » [34].

¹¹ Chirurgien et écrivain français, président de la société française d'étude et de traitement des brûlés, membre du conseil d'administration de l'association Children's Action, ONG pour l'aide aux enfants brûlés au Viêt Nam.

Mettre au monde un enfant n'est pas seulement un acte biologique, c'est aussi un acte culturel. C'est ainsi que dans le douzième arrondissement de Paris, à la maternité des Bluets, existe un groupe de parole, appelé « l'Arbre aux palabres », mise en place par le docteur Claude Eguillion permettant aux femmes enceintes d'origine africaine de se réunir. Il a permis l'ouverture d'un espace de parole, où celles-ci peuvent parler de ce qu'elles ont entendu autour de la maternité, dans leur pays, dans leur famille, leur communauté, mais aussi en France. Elles peuvent y exprimer leurs craintes, leurs attentes, leurs incompréhensions, mais aussi leurs satisfactions. Ce temps qui leur est consacré permet également de leur expliquer comment fonctionnent les structures de santé en France. Notre façon de suivre les grossesses, de nous comporter, d'accoucher, est fortement imprégnée de nos propres codes culturels. La pratique de l'obstétrique au quotidien nous montre souvent que prendre en charge une femme immigrée va raviver des sentiments d'isolement, entraînant repli sur soi, mauvais suivis, et refus de certaines décisions. Parfois l'absence de soutien émotionnel et psychologique, que pourtant toute femme enceinte est en droit de recevoir, sont les conséquences d'une telle situation. Mettre en place des groupes de parole similaires dans des hôpitaux accueillant un fort pourcentage de populations immigrées permettrait une amélioration des échanges, une meilleure compréhension des soins et l'établissement d'une confiance réciproque. Maintes interprétations hâtives et erronées pourraient être corrigées : « Nous les aidons ainsi à créer les ponts entre leur culture d'origine et celle du pays d'accueil afin de les aider à accepter que leur grossesse soit suivie selon nos règles, qu'elles accouchent dans nos maternités et surtout, ou malgré tout, que tout cela ait un sens pour elles. »(Dr Claude Eguillion, gynécologue-obstétricienne des Bluets) [35].

IV.3.5. Des difficultés au départ en mission

Un sondage aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg a permis de constater qu'un faible pourcentage de sages-femmes étaient déjà parties en mission humanitaire. Sur les 160 sages-femmes que compte le pôle de gynécologie-obstétrique, seules 5% sont déjà parties en missions humanitaires.

Les difficultés à accéder à des congés humanitaires viennent souvent de l'organisation des soins, le manque de poste empêchant souvent la direction de les laisser partir. De plus, l'accès à ces congés nécessite la signature d'une convention entre l'ONG et l'hôpital, qui en son absence, ne permet pas à la direction des ressources humaines de permettre un départ. Enfin, et ce n'est pas négligeable, la durée de ce congé (quinze jours tous les deux ans) est très court et ne permet pas de s'investir dans une mission d'une durée supérieure. La majorité des sages-femmes interrogées ont participé à des missions

de une à trois semaines (cf. *Graphique VI*). Les sages-femmes sont la plupart du temps contraintes à prendre une disponibilité, si elles sont titulaires de leur poste, ou de prendre des congés annuels.

L'intégration de la gestion des carrières des sages-femmes aux professions médicales au sein des hôpitaux pourra peut-être permettre des modifications à ce niveau-là.

Enfin, une autre difficulté réside dans le fait que les grandes ONG comme MSF et MDM proposent davantage de missions difficiles, durant plusieurs mois, et très peu de première mission. Les conditions au départ sont souvent un frein (être disponible dans les trois mois suivant la candidature, abandonner son logement et son travail, etc.) ainsi que la précarité au retour de mission (pas de droits aux allocations chômage, réinsertion professionnelle parfois compliquée, etc.).

IV.3.6. La mission humanitaire : entre fantasmes et réalités

Pourquoi partir en mission humanitaire ? Quelles motivations et quelles attentes ?

Les motivations intrinsèques à un individu font que celui-ci conduira une action uniquement par l'intérêt et le plaisir qu'il y trouvera, sans attente de récompense externe. Au contraire, une action provoquée par une circonstance extérieure à l'individu (récompense, punition, pression sociale, etc.) relèvera d'une motivation extrinsèque [36]. Un engagement humanitaire altruiste cache parfois certains attraits non réellement humanistes. Ces désirs, souvent inconscients, peuvent entraîner déception et fragilité psychologique en terrains inconnus. Les raisons qui ont été évoquées sont variées : un goût pour l'aventure, le voyage, la volonté de rencontrer l'Autre, l'envie de se sentir utile, de contribuer à l'amélioration des soins, la soif de connaissances etc. Cela peut aussi être la fuite de problèmes personnels, un certain attrait pour l'image mythique du « héros humanitaire », l'engagement étant une expérience socialement valorisante. Ainsi, il peut y avoir de bonnes et de mauvaises raisons, souvent entremêlées et cachées par de bonnes intentions. Il est important d'en avoir conscience au préalable pour bien s'adapter au nouveau milieu de travail, dans un pays inconnu, avec une équipe inconnue, et peut-être de mieux anticiper le retour...

Certaines personnes voudront revenir aux « fondamentaux » (à une obstétrique « plus physiologique ») et défendre une relation « plus humaine » avec les patients, à travers des échanges désintéressés, sans rentabilité. Cette vision peut-être un peu simpliste conduit inévitablement à des désillusions. Les sages-femmes les plus expérimentées ont exprimé une vision plus réaliste, parfois désenchantée du milieu, avec un rapport plus distancié à l'altruisme qui les avait poussées à s'engager.

Selon J.C. Rufin¹², dans *l'Aventure humanitaire* [37], il faut que le soignant retourne à une vision plus globale de sa mission ; il ne faut pas seulement soigner, nourrir, mais aussi éduquer et « permettre au patient de se développer ». Il doit observer une approche éthique de son exercice sans quoi toute forme de médecine humanitaire serait vouée à l'échec. Ainsi, Iegor Gran¹³ affirme que : « le fait qu'un être humain, persuadé d'être dans une juste cause, aveuglé par un discours masquant la réalité, peut vouloir faire le bien, et finalement malgré lui, être amené à faire le mal. » [38].

Une thèse sur « *l'histoire et les enjeux de la médecine humanitaire* » exprime les illusions et l'aveuglement dont peuvent faire preuve les acteurs de l'humanitaire « ce culte des bonnes actions, et cette certitude occidentale d'être dans le Bien ne permet pas de progrès, car elle prend cette liberté facile de ne pas examiner les erreurs qui nous mettraient en face de nos responsabilités. » [39]. Cette réticence à l'autocritique est sociétale, ce que Christian Troubé¹⁴ nomme l'« impunité du Bien » [40]. Cela empêche d'analyser les actions humanitaires avec suffisamment de recul : « Notre société m'exaspère par son arrogance, sa certitude d'être dans le vrai, sa faculté de fermer les yeux sur ses œuvres peu reluisantes, faculté pourtant vitale pour se remettre en question et progresser. On passe plus de temps à s'extasier sur nos bonnes actions qu'à douter. (...) Le sens critique est vital. » (Gran, 2004) [41].

La relation asymétrique entre donneurs et receveurs de l'aide entraîne une inégalité évidente. Il faut être vigilant à ne pas tomber dans l'approche victimaire et ne pas réduire le patient comme corps à soigner : « La vulnérabilité aperçue dans le visage de l'autre nous ramène à la morale, à l'éthique de responsabilité, c'est-à-dire à un devoir impérieux de compassion et de réparation vis-à-vis d'autrui. Mais une responsabilité qu'il nous faut admettre d'avance comme dissymétrique et dont nous n'attendons pas de réciprocité. » ; « Au nom du bien on peut aussi déposséder l'autre de ses droits. En imposant, par exemple, sa façon de penser à des hommes réduits à la sous-humanité qu'impose le statut de victime. En ne considérant l'autre que comme une pathologie ou un symptôme, un corps à soigner ou à nourrir. » (Troubé, 2009) [40].

De plus, l'intolérance aux autres idées qui peut régner au sein du monde humanitaire décrite par Sylvie Brunel, ancienne président d'Action Contre la Faim (ACF) dénote une certaine ambiguïté car tous les acteurs de l'humanitaire sont *a priori* animés de bonnes intentions : « c'est le cas à l'occasion des Assemblées Générales ou de simples débats, où des personnes qui s'estiment toutes porteuses d'une

12 Médecin, historien, écrivain, et diplomate français. Il a été élu en 2008 à l'Académie française. Ancien président d'Action Contre la Faim, il a été ambassadeur de France au Sénégal et en Gambie.

13 Ecrivain français.

14 Rédacteur en chef de l'hebdomadaire *La Vie* depuis 2004, écrivain, journaliste, et essayiste français, auteur de nombreux ouvrages sur l'humanitaire et administrateur de l'ONG Action Contre la Faim.

vérité –qui n'est pas celle de la personne en face- en viennent à s'entredéchirer au nom de « leur » vérité. » [38]. Ces discordes seraient la manifestation des crises existentielles vécues par chacun des membres d'une ONG, lorsqu'ils prennent conscience du contraste entre leurs motivations intérieures et la réalité souvent décevante des institutions.

Enfin, une thèse de psychologie menée entre 1994 et 1999 sur la médecine humanitaire et les médecins qui se portaient volontaires, dont un des objectifs était d'enquêter sur les retombées psychologiques d'une ou plusieurs missions à l'étranger dans leur vie [42], a montré que dans une situation médicale difficile à l'étranger, ils peuvent se sentir impuissants, inefficaces ou submergés par une détresse sans fin. La proximité avec la population souffrante et leur empathie font qu'ils s'arrogent des responsabilités au-delà de celles qui sont réellement les leurs et qu'ils se culpabilisent pour des situations en dehors de leur contrôle. Dans cette étude, la majorité des médecins avaient connu des situations de dangers, de guerre et d'extrêmes tensions. Ils avaient été confrontés à des situations moralement choquantes et pourtant plus de la moitié d'entre eux avaient rapporté comme problème le plus éprouvant, un conflit entre personnes, soit à l'intérieur de l'équipe, soit avec le personnel soignant local, tout comme les sages-femmes interrogées. Ce fait souligne l'importance des rapports qui s'établissent entre coéquipiers ainsi que les rapports qu'ils entretiennent avec la population locale [43].

Toutes ces réalités rencontrées en mission humanitaire et pas toujours anticipées, peuvent avoir un impact sur le vécu et le retour de la mission. Une sage-femme ne trouvant pas d'intérêt à sensibiliser les étudiants sages-femmes à l'engagement humanitaire argumentait sa position en soulignant que ces deux années de mission avaient été fantastiques mais également les plus intenses et les plus difficiles : les tensions qu'elle avait vécues là-bas, elle ne les a jamais connues en France.

De même, comme le soulignait plusieurs sages-femmes, c'est souvent le retour de mission qui est le plus difficile : il n'est pas rare que les relations avec les proches qui sont restés, soient tendues. La compréhension du monde de l'humanitaire par des gens extérieurs, est généralement déformée, car la complexité des enjeux d'une mission n'est pas accessible aux novices. Elles ressentent à des degrés divers, une difficulté à communiquer, à partager leur expérience, et certaines à vivre pleinement dans leur milieu. A propos des gens de retour du terrain, Sylvie Brunel dit qu'« ils ont souvent du mal à raconter les choses qu'ils portent en eux, parce qu'ils parlent à des personnes, par exemple leur propre famille (...) il y a un tel hiatus entre ce qu'ils ont vécu et les représentations que les gens ont en tête, qu'en voulant parler de la complexité des choses, en voulant apporter un peu de recul et de nuances, ils seront catalogués comme déçus ou ayant des problèmes personnels. » [38].

Le regard qu'elles portent désormais sur la société n'est pas épargné. Une des sages-femmes interrogées exerçant en cabinet libéral essayait quotidiennement de baisser la pression que se mettent les

femmes françaises, rappelant que ces femmes, issues de société capitalistes, véhiculent une idée exigeante de la maternité : tout de suite reprendre la forme, et se remettre rapidement au travail en étant les principaux leitmotiv.

Plusieurs sages-femmes évoquaient leur exaspération face aux exigences, aux attentes et parfois au manque d'indulgence de certaines patientes. Mais satisfaire des demandes jugées dès lors dérisoires, ne les empêche pas forcément de répondre à leur projet, ce qu'elles ressentent ne devant pas intervenir dans leur pratique.

S'empêcher d'en faire trop est peut-être la voie qui permet au désenchantement d'être constructif. La désillusion faisant partie du quotidien de l'humanitaire elle ne doit cependant pas décourager mais entretenir des questionnements. C'est ainsi que Rony Brauman espère : «Le désenchantement, la désillusion ne sont pas eux-mêmes des sentiments joyeux, mais quand ils ne conduisent pas vers la rétraction et la dépression, ils peuvent déboucher sur un plaisir : celui de retrouver une autonomie de pensées (...)»[34].

Finalement, pour résoudre les dilemmes, une certaine philosophie permettrait de répondre à certains questionnements internes des humanitaires : sortir des fausses représentations, des idéologies, et de l'asservissement de la technique, pour enfin prendre le parti de l'humanité, de tous les hommes et permettre une rencontre avec l'Autre : « Ce parti de l'humanité est le seul qui puisse séduire une génération revenue des combats idéologiques après 1968, et à qui l'humanitaire sans frontières va justement donner l'occasion d'un engagement sans projet, d'une aventure sans idéologie, d'une présence dans la guerre sans être un combattant. Voilà un combat qui ne finira jamais, qui peut permettre de soutenir toutes les forces de résistance et de se retourner contre elles demain si, arrivant au pouvoir, elles se révèlent tortionnaires : l'humanitaire, combat pour l'homme, accompagne les combats des hommes sans jamais se confondre complètement avec eux. » (Rufin, 2003) [37].

V. CONCLUSION

L'engagement humanitaire peut concerner tout soignant poussé par des valeurs d'altruisme et de dévouement personnel. Cependant, l'aide humanitaire peut recouvrir plusieurs définitions tant ce domaine est vaste et la diversité de ces actions complexes.

Cette étude avait pour objectif de déterminer qu'elles étaient les compétences nécessaires à l'engagement humanitaire des sages-femmes. À travers des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de sages-femmes et de responsables de recrutement au sein d'ONG, il a été mis en évidence que des connaissances théoriques et pratiques pouvaient faire défaut aux sages-femmes, celles-ci étant fréquemment amenées à dépasser leurs compétences au cours d'une mission.

Que ce soit en missions d'urgence, où les situations extrêmes et un rythme de travail soutenu sont imposés à ses acteurs ou en mission de développement, nécessitant d'inscrire son action (amélioration de pratiques et formation de personnel local) dans un contexte culturel particulier, les sages-femmes doivent faire preuve de compétences spécifiques.

Des compétences médicales d'abord, celles-ci étant la plupart du temps maîtrisées par les sages-femmes, même si le cas particulier de la mission les pousse souvent à sortir de leur champ de compétences et à pratiquer des gestes techniques inhabituels. Entreprendre de sa propre initiative des formations complémentaires de santé publique ou de médecine tropicale ou bénéficier de celles dispensées par les ONG (gestion de projet, management d'équipe, épidémiologie, etc.) est souvent la réponse apportée pour combler ces lacunes. Viennent ensuite les compétences relationnelles et sociales, dont la capacité d'adaptation, l'ouverture d'esprit, la capacité à se remettre en question et l'empathie en sont des exemples. Plus largement, les qualités humaines, occupent une place prépondérante.

S'il n'y a pas de réponse standardisée à un problème humanitaire, il y a néanmoins cette certitude qu'il faut pouvoir être continuellement capable de se remettre en question et de pouvoir s'adapter. Il y a aussi la nécessaire réflexion sur notre interaction avec les soignés et les soignants locaux, de la préservation de leur autonomie et de ce qu'il adviendra de la mission une fois les humanitaires partis.

La sage-femme peut être guidée par cet idéal de l'humanitaire comme une rencontre de l'Autre, en

gardant à la fois l'espoir et l'humilité de savoir que chacun de nous n'est finalement capable que de petites choses, et que vouloir en faire trop peut mener à l'aveuglement et la désillusion.

Les outils de réflexion qui découlent de l'expérience des humanitaires peuvent servir de base à la plupart des démarches de prise en charge des patients, quels qu'en soient le lieu et la nature. La médecine humanitaire ne peut pas faire l'objet d'une définition, car elle n'est pas une discipline médicale à part : elle concerne cependant tout praticien dont l'intention serait guidée par le concept humanitaire, compte tenu de la persistance des inégalités sociales de santé, ici ou ailleurs.

À l'issue de ce travail, il a été montré que la sage-femme était un professionnel capable d'apporter un savoir-faire et un savoir-être bénéfiques pour une mission humanitaire, que ces compétences étaient là, mais que celles-ci restaient à compléter, et à organiser.

Une aide d'urgence tout comme une aide au développement se devant de s'insérer dans le contexte local (culturel, social et économique), nous avons aussi vu l'intérêt de faire preuve de pédagogie, et d'une démarche globale permettant de s'appuyer sur les traditions locales afin d'avoir une approche participative.

Une réflexion pluridisciplinaire pourrait être menée au sein de chaque école de sage-femme et de chaque faculté de médecine, afin de créer des activités de sensibilisation favorisant l'engagement, qui pourraient prendre la forme de conférences, d'enseignements, et tout en continuant à valoriser les stages à l'étranger.

LISTE DES ACRONYMES

ACF : Action Contre la Faim

AMD : Aide Médicale et Développement

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

CSI : Congé de Solidarité International

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

IHAB : Initiative Hôpital Amis des Bébé

GSF : Gynécologie Sans Frontières

MDM : Médecins Du Monde

MSF : Médecins Sans Frontières

PDM : Pédiatres Du Monde

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PU-AMI : Première Urgence - Aide Médicale Internationale

OMD : Objectifs Mondiaux pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (WHO : World Health Organization)

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets

SSR : Santé Sexuelle et Reproductive

VSI : Volontariat de Solidarité Internationale

UE : Unité d'Enseignement

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

BIBLIOGRAPHIE

1. Merlin M, Chevalier P. L'humanitaire : ses exigences, ses enjeux. *Médecine tropicale : revue du Corps de santé colonial*.2002;62(4):349-54.
2. Objectifs du Millénaire pour le développement. [consulté le 01/02/2015]. Disponible sur : <<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>>
3. Médecins du Monde. Santé sexuelle et reproductive, cadre de référence. [Internet].[consulté le 14/05/2014]. Disponible sur : <<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Guides-a-l-usage-des-professionnels-de-l-humanitaire/Sante-Sexuelle-et-Reproductive>>
4. Médecins du Monde. Santé sexuelle et reproductive, une approche médicale et politique fondée sur la santé publique et les droits humains.[Internet]. Mai 2013. [consulté le 14/05/2015]. Disponible sur : <<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Plaquettes-d-information/Sante-sexuelle-reproductive>>
5. Blanchet K. Logique d'urgence et pérennité. *Humanitaire*. 2006;(14):4-20.
6. Qu'est-ce qu'un congé de solidarité internationale? [Internet]. [consulté le 01/02/2015]. Disponible sur : <<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F92.xhtml>>
7. République française. Article L6134-1 du Code de la Santé Publique relatif aux conditions de participation à des actions de coopération internationale. JO n°256 texte n° 11 du 1 novembre 2002
page 18144.
8. Volontariat humanitaire de solidarité internationale VSI, volontariat longue durée, mission VSI [Internet]. [consulté le 08/02/2015]. Disponible sur : <<http://www.france-volontaires.org/-Volontariat-de-solidarite-internationale-VSI>>
9. Statut et contrat: Volontariat [Internet]. [consulté le 01/02/2015]. Disponible sur : <<http://www.portail-solidarite.org/statuts-et-contrats/volontariat>>
10. Association - ONG - Médecins du Monde - ONG de solidarité internationale - Variété des statuts [Internet]. [cité 14 févr 2015]. Disponible sur : <<http://www.medecinsdumonde.org/Agir-Donner/S-engager-avec-MdM/Variete-des-statuts>>
11. Orbinski J. *Le cauchemar humanitaire*. Music And Entertainment Books; 2010.
12. Quivy R, Van Campenhoudt L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod. Paris; 2011.
13. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2009;10(4):293-304.
14. École de santé publique - Nancy - formations - recherche [Internet]. [consulté le 28/02/2015]. Disponible sur : <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/>

15. République française. Article L4151-1 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession de sage-femme.
16. Michalon C. Différences culturelles mode d'emploi. Saint-Maur-Des-Fossés: Sepia; 2011. 117 p.
17. Médecins sans frontières, association humanitaire internationale d'aide médicale [Internet]. [consulté le 08/02/2015]. Disponible sur : <<http://msf.fr/>>
18. Médecins Sans Frontières. Urgent Delivery, Maternal Death : The Avoidable Crisis. 2012 mars p. 28.
19. Gynécologie Sans Frontières [Internet]. GSF Gynécologie Sans Frontières. [consulté le 08/02/2015]. Disponible sur : <<http://gynsf.org>>
20. Première Urgence - Aide Médicale Internationale [Internet]. [consulté le 08/02/2015]. Disponible sur : <<http://www.pu-ami.org/>>
21. Pédiatres du Monde [Internet]. [consulté le 08/02/2015]. Disponible sur : <<http://www.pediatres-du-monde.org/index.php>>
22. Association pour le Développement de la Santé des Femmes [Internet]. [consulté le 08/02/2015]. Disponible sur : <<http://www.adsfasso.org/>>
23. Service Fraternel d'Entraide – Laos | Des hommes et des femmes au service d'un peuple [Internet]. [consulté le 08 févr 2015]. Disponible sur : <<http://www.sfe-laos.org/wp/>>
24. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320(7226):50-2.
25. Ordre des sages-femmes. Etude des régulateurs européens de sages-femmes, Deuxième édition. 2010. [Internet]. [consulté le 21/01/2015]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/71_Deuxi%C3%83%C2%A8meEtudedesr%C3%83%C2%A9gulat eurseurop%C3%83%C2%A9ensdeSF-VF.pdf>
26. Chauvin, Parizot, Menahem, Guiguet, Pech, Lepas. Précar : Trajectoires de précarité, Etats de santé et Accès aux soins, Rapport final. Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique; 1999 p. 131.
27. Nos Tout Petits d'Alsace | Association proposant un soutien aux parents touchés par le décès d'un tout petit [Internet]. [consulté le 09/03/2015]. Disponible sur : <<http://nostoutpetitsdalsace.org/>>
28. Médecins Sans Frontières. Soins obstétricaux et néonataux essentiels. Guide Pratique à l'usage des sages-femmes, médecins spécialisés en obstétrique et personnel de santé devant faire face à des urgences obstétricales [Internet]. 2015. [consulté le 15/01/2015] Disponible sur : <http://refbooks.msf.org/msf_docs/fr/obstetrics/obstetrics_fr.pdf>
29. Le Boterf G. De la compétence, essai sur un attracteur étrange. Organisation Eds D'; 1994. 176 p.
30. Jacquard A. Petite Philosophie à l'usage des non-philosophes. Le Livre de Poche; 1999. 250 p.
31. Clanet C. L'interculturel : introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines. PUM. Toulouse; 1990.

32. Tafelmacher C. La chasse aux abus contre les droits. *Prat Cah Médecine Utop.* 2009;(46):38-9.
33. Mimoun M. *S'empêcher d'en faire trop.* Paris: Albin Michel; 2004. 200 p.
34. Brauman R. *Penser dans l'urgence : parcours critique d'un humanitaire.* Editions du Seuil. Paris; 2006. 270 p.
35. info@bluets.org. www.bluets.org [Internet]. 2014 [consulté le 10/03/2015]. Disponible sur : <<http://www.bluets.org/spip.php?article28>>
36. Motivation intrinsèque et extrinsèque - Deci - Management [Internet]. [consulté le 12/03/2015]. Disponible sur : <<http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article19>>
37. Rufin J-C. *L'Aventure Humanitaire.* Gallimard; 1994. 176 p.
38. Médecins du Monde. Fictions humanitaires. *Rev Humanit.* 2009;(21):14-45.
39. Jacquot C. *La médecine humanitaire : histoire et enjeux, pratique et leçons. Relations entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages.* [Thèse de Médecine]. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010
40. Troubé C. *L'humanitaire, un business comme les autres ?* Larousse. Paris; 2009. 127 p.
41. Gran I. La tyrannie du bien. *Temps Mod.* 2004;(627):108-19.
42. Davis JM. *Approche psychologique de la médecine humanitaire. L'expérience des médecins volontaires en mission humanitaire à l'étranger.* [Thèse de psychologie]. Paris: Université Paris-V; 1999.
43. Davis JM. *L'expérience des médecins en mission humanitaire : approche psychologique - la gestion du stress chez les médecins volontaires.* *Humanit Enjeux Prat Débats.* 2000;(1):82-8.

ANNEXE 1 : Code de bonne conduite en matière d'assistance humanitaire
selon le protocole de Stockholm

Ce document a été approuvé le 17 Juin 2003.

Objectifs et définition de l'action humanitaires

Les objectifs de l'action humanitaire sont les suivants : sauver des vies, alléger les souffrances et maintenir la dignité humaine pendant ou après la ou les crises d'origine humaine et les catastrophes naturelles, ainsi que prévenir ces situations et mieux s'y préparer.

Une action humanitaire devrait être encadrée par les principes humanitaires suivants :

- l'humanité, dont le rôle central est de sauver des vies humaines et d'alléger les souffrances peu importe où elles se trouvent ;
- l'impartialité, soit la mise en œuvre de mesures axées uniquement sur les besoins, sans discrimination entre les populations touchées ou en leur sein ;
- la neutralité, c'est-à-dire que l'action humanitaire ne doit favoriser aucune des parties dans un conflit armé ou tout autre différend où une intervention est menée ;
- l'indépendance, c'est-à-dire l'autonomie des objectifs humanitaires par rapport aux objectifs politiques, économiques, militaires ou autres que peut exprimer une des parties pour des secteurs dans lesquels une action humanitaire est réalisée.

L'action humanitaire comprend la protection des civils et des personnes qui ne participent plus aux hostilités, ainsi que l'approvisionnement en nourriture et en eau, la fourniture d'un abri et d'articles de première nécessité et la prestation de services d'hygiène et de santé. Elle est entreprise dans l'intérêt des personnes touchées et en vue de faciliter le retour à la vie et à des moyens de subsistance normaux.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien pour les sages-femmes

Renseignements généraux :

Nom, Prénom :	
Age :	
Tel :	
E-mail :	
Année du diplôme d'état de sage-femme :	
Lieu d'exercice :	
Nombre de missions humanitaires effectuées :	

Renseignements sur les missions :

Nom de l'ONG ou de l'Association :	
Année de la mission :	
Lieu de la mission :	
Type de mission (urgence – développement) :	
Fonction(s) dans la mission :	
Durée de la mission :	

A) MOTIVATIONS

- 1) Pour quelles raisons avez-vous choisi de partir en mission humanitaire ?
- 2) Quelles étaient vos attentes sur le plan professionnel ?

B) COMPETENCES TECHNIQUES

- 3) Sachant que les conditions d'exercice dans les pays en voie de développement ne sont pas les mêmes qu'en France, pensez-vous que votre formation (initiale et continue) était suffisante pour pallier aux besoins essentiels sur le terrain ?
- 4) Dans quels domaines étiez-vous suffisamment préparés ?
- 5) Avez-vous fait des formations spécifiques ?

- 6) Dans quels domaines pensez-vous qu'il aurait été intéressant d'améliorer cette préparation ?
- 7) Vous êtes-vous retrouvé un moment donné démuni dans certaines situations par rapport à votre bagage pratique ?
- 8) Vous a-t-il été demandé au cours de votre/vos missions d'effectuer une tâche que vous n'aviez jamais pratiquée ?

C) COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET SOCIALES

- 9) Comment pensiez-vous aborder la population du pays avant d'être sur le terrain?

Relance (R) : Cela s'est-il avéré concluant en pratique ?

- 10) Comment étaient vos rapports avec les patients que vous preniez en charge ? **R** : Quelles étaient les difficultés rencontrées ? **R** : Solutions mises en œuvre ?
- 11) Qu'est-ce qui changeait de vos habitudes dans la relation soignant/soigné ? **R** : Comment appréhendez-vous les différences culturelles rencontrées ?
- 12) Comment étaient vos rapports avec l'équipe qui travaillait avec vous ? **R** : Vous êtes-vous sentis à un moment donné en difficultés relationnelles ? **R** : Solutions mises en œuvre?

D) CAPACITÉS D'ADAPTATION

- 13) La réalité du terrain était-elle superposable à vos attentes ?
- 14) Avez-vous eu des difficultés à vous adapté aux différentes tâches qu'on vous a demandé d'effectuer pendant votre/vos missions?
- 15) Quel(s) domaine(s)/événement(s) vous a demandé la plus grande adaptation ?
- 16) Comment vous êtes- vous adapté à l'organisation sur place ?
- 17) L'organisation que vous avez due adopter vous a-t-elle contrainte à remettre vos pratiques en question ?
- 18) Comment vous êtes -vous adapté au rythme de travail sur le terrain ? **R** : Résistance physique, fatigue

E) COMPETENCES ACQUISES PENDANT LA MISSION

- 19) Comment votre/vos expérience(s) humanitaire(s) ont influencé votre pratique à votre retour en France?

F) LES ETUDIANTS SAGES-FEMMES

20) Selon vous, les jeunes sages-femmes diplômées sont-elles préparées à la médecine humanitaire ?

R : Dans quels domaines sont-elles suffisamment préparées ?

21) Dans quels domaines pensez-vous qu'il serait intéressant d'améliorer cette préparation ?

22) Quelles seraient les objectifs de la sensibilisation des étudiants sages-femmes à l'engagement humanitaire ?

G) COMMENTAIRES, REMARQUES SUPPLEMENTAIRES

ANNEXE 3 : Lettre d'information destinée aux sages-femmes

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme, je souhaite mener une enquête qualitative dont l'objectif est de cibler les compétences des sages-femmes s'engageant pour des missions humanitaires.

Cette enquête sera basée sur des entretiens semi-dirigés réalisés avec des sages-femmes étant déjà parties une ou plusieurs fois en mission humanitaire.

Les entretiens seront réalisés pendant les mois de septembre à décembre 2014.

Je vous propose d'y participer.

Les questions qui vous seront posées portent sur votre ou vos expérience(s) personnelle(s).

Cet entretien peut durer plus d'une heure, mais peut être interrompu à tout moment si vous le souhaitez. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour me permettre de traiter les informations. Votre nom ne sera pas enregistré et votre anonymat sera respecté. Aucun élément permettant de vous reconnaître ne sera dévoilé. Les enregistrements seront détruits une fois l'étude terminée.

Lieu

Date/...../.....

Signature

Contact

Elise Messner
elise.messner@wanadoo.fr
06.45.85.65.29

ANNEXE 4: Caractéristiques des sages-femmes interrogées

Sages-Femmes (« SF »)	Âge (lors de l'entretien)	Année du diplôme d'état	Type d'exercice avant le départ en mission	Pays d'exercice avant la/les mission(s)	Nombre de missions humanitaires effectuées	Année de la dernière mission effectuée
SF1	26	2012	Hospitalier, Maternité de niveaux 1 et 2	France métropolitaine	1	2013
SF2	40	1997	Hospitalier puis PMI depuis 14 ans	France métropolitaine	20	2013
SF3	28	2010	Hospitalier puis Libéral	France métropolitaine et Guyane	3	2014
SF4	30	2007	Hospitalier, Maternité de niveaux 2 et 3	France métropolitaine	1	2010 à 2012
SF5	33	2003	Hospitalier, Maternité de niveau 3	France métropolitaine	1	2007 à 2012
SF6	26	2011	Hospitalier, Maternité de niveau 2	France métropolitaine	2	2014
SF7	37	1999	Hospitalier, Maternité de niveau 1	France métropolitaine	1	2011 à 2013

- L'engagement humanitaire des sages-femmes -

SF8	38	1998	Hospitalier, Maternité de niveau 2 et dispensaire	France métropolitaine et Mayotte	2	2013
SF9	34	2003	Hospitalier, Maternité de niveau 2	France métropolitaine et Nouvelle- Calédonie	3	2013
SF10	35	2005	Hospitalier puis Libéral depuis 2 ans	France métropolitaine et Mayotte	2	2013
SF11	28	2010	Hospitalier, Maternité de niveau 3	France métropolitaine	2	2013

ANNEXE 5 : Lettre d'information destinée aux recruteurs au sein des ONG

Etudiante sage-femme à Strasbourg, je souhaite dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, mener une enquête qualitative dont l'objectif est de cibler les compétences des sages-femmes s'engageant pour des missions humanitaires.

Cette enquête sera basée sur des entretiens semi-dirigés réalisés avec des responsables de recrutement au sein d'associations humanitaires ainsi qu'avec des sages-femmes ayant participé à des missions.

Je vous propose d'y participer.

Cet entretien dure environ 15 minutes mais peut être interrompu à tout moment si vous le souhaitez. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour me permettre de traiter les informations. A part le nom de votre organisme, votre anonymat sera respecté. Les enregistrements seront détruits une fois l'étude terminée.

Lieu

Date/...../.....

Signature

Contact

Elise Messner
elise.messner@wanadoo.fr
06.45.85.65.29

ANNEXE 6 : Guide d'entretien pour les ONG

Association :	
Activités :	
Financement :	
Nombre de sages-femmes dans le pool :	
Nom de la personne contactée :	
Fonction :	
Tel :	
E-mail :	
Site internet :	

- 1) Comment évaluez-vous la motivation d'une sage-femme souhaitant rejoindre votre organisme ?
- 2) Quelles qualités humaines recherchez-vous ?
- 3) Quelles formations complémentaires recommandez-vous ?
- 4) Quelles compétences professionnelles supplémentaires recherchez-vous ?
- 5) Est-ce qu'il existe une formation ou un stage recommandé dispensé par votre organisme avant le départ en mission ?
Si oui,
Quelle en est la durée ?
Quels sont les principaux thèmes abordés ?
S'agit-il d'une formation spécifique aux sages-femmes, aux professionnels de santé ou à tous les professionnels sans distinction ?
- 6) Combien d'années d'exercice professionnel minimum exigez-vous ?
- 7) Selon vous, est-ce que les jeunes sages-femmes diplômées sont-elles préparées à la médecine humanitaire ?

RÉSUMÉ

L'aide humanitaire peut se définir comme une action visant à aider tout homme qui en a besoin, soutenue par des valeurs d'altruisme et d'engagement personnel. Les crises humanitaires résultent de catastrophes d'origines humaines ou de phénomènes naturels pour lesquelles l'aide humanitaire intervient. On distingue communément deux types de missions : les missions d'urgence et les missions d'aide au développement.

Les sages-femmes sont nombreuses à s'interroger sur un éventuel engagement à plus ou moins long terme. Nous nous sommes demandé si leurs connaissances étaient suffisantes pour un départ en mission, et si la leur formation des sages-femmes, qu'elles soient universitaires ou acquises lors de l'exercice professionnel en France, était importante pour les ONG humanitaires.

Grâce à la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes et de recruteurs au sein d'ONG, cette étude a tenté de déterminer qu'elles étaient les compétences nécessaires à l'engagement humanitaire des sages-femmes.

Celles-ci, tout comme les organismes humanitaires interrogés, reconnaissent les connaissances médicales physiopathologiques maîtrisées avant le départ en mission, même si elles restent à adapter en fonction de l'expérience professionnelle, et de l'exercice local. Cependant, certaines connaissances théoriques peuvent leur faire défaut et certaines entreprennent des diplômes supplémentaires afin d'y remédier. La plupart des ONG proposent également des formations en accord avec les exigences de la mission en question. De plus, les compétences relationnelles et sociales ainsi que les capacités d'adaptation sont à considérer avec attention au cours d'un recrutement. L'exercice humanitaire dans les pays en voie de développement implique une confrontation quotidienne avec une autre culture, des croyances et des pratiques professionnelles différentes.

La sage-femme est un professionnel compétent dans le champ de la périnatalité. Elle est capable d'exporter ses connaissances et ses compétences pour la prise en charge des populations des pays en développement. L'exercice humanitaire lui permet également d'acquérir un savoir-faire, et une certaine éthique, indispensables à sa pratique, y compris en France.

MOTS-CLÉS : humanitaire, engagement, sages-femmes, compétences, formations