



HAL
open science

Sage-femme et humanitaire : regards sur l'évolution des prises en charge au retour en France

Anne-Laure Renais

► **To cite this version:**

Anne-Laure Renais. Sage-femme et humanitaire : regards sur l'évolution des prises en charge au retour en France. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00881526

HAL Id: dumas-00881526

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881526v1>

Submitted on 8 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N° 451

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

SAGE-FEMME ET HUMANITAIRE :

Regards sur l'évolution des prises en charge au retour en France

Mémoire présenté par
Mademoiselle Anne-Laure RENAIIS
Née le 5 Septembre 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

Erratum

1.3.2) l'analgésie péridurale

En 2003, selon l'enquête périnatale nationale, 60% des patientes y avaient recours(67).

Conclusion :

Paragraphe 5 : Pourtant, les qualités que chacune des sages-femmes a développé en mission se révèlent souvent difficilement transposables dans un service de maternité. Le système D, l'autonomie ou encore le sens des initiatives ne s'accommodent pas toujours avec l'organisation préétablie d'une structure et les prises en charges standardisées. La sage-femme ne travaille plus seule. De plus, son champ de compétence est établi par le code de santé publique et le code de déontologie.

Paragraphe 7 : Ouvrir d'avantage l'accès aux stages humanitaires en cours de formation pourrait permettre d'enrichir la prise en charge en France. Cette expérience est en effet l'occasion d'apprendre à pallier la prise technicisée et l'approche relationnelle. Et serait-il possible d'ouvrir beaucoup plus le droit au CSI, ne serait-ce qu'au seul prétexte de la valeur ajoutée au retour ?

Abréviations

AMI : Aide médicale internationale

DCC : Délégation Catholique pour la Coopération

MDM : Médecins du Monde

MSF : Médecins Sans Frontières

PPUN : Passeport Pour Une Naissance

GSF : Gynécologie Sans Frontières

Remerciements

Je remercie :

Monsieur Yann Benoist, docteur en anthropologie, chargé de cours au département des études de sage-femme de Rouen, pour sa disponibilité, sa patience, ses encouragements et la richesse de son enseignement,

Madame Parent, sage-femme enseignante au département des études de sage-femme de Rouen, pour ses conseils précieux,

Toutes les sages-femmes qui par leurs témoignages ont permis cette étude,

Ma famille pour leur inestimable soutien,

Sommaire

Introduction	p.1
---------------------------	-----

Revue de la littérature

Première partie : Etat des lieux technique des maternités Françaises

1.1 Historique de la naissance en France.....	p.3
1.2 Classification des maternités.....	p.5
1.2.1 Niveaux 1.....	p.5
1.2.2 Niveaux 2.....	p.5
1.2.3 Niveaux 3.....	p.5
1.3 Environnement technique en France.....	p.5
1.3.1 En ante-partum.....	p.6
1.3.2 Le per-partum.....	p.7
1.3.3 Post-partum.....	p.8

Deuxième partie : Relation soignants patients de nos jours

2.1 Une relation complexe.....	p.9
2.2 Une relation multiculturelle.....	p.10
2.3 Une relation paradoxale.....	p.11
2.3.1 Malade ou maladie.....	p.11
2.3.2 Santé et contraintes financières.....	p.12
2.3.3 Obligation d'informations.....	p.12

3^{ème} partie : Mission humanitaire

3.1 Définition.....	p.13
3.2 Action humanitaire : un peu d'histoire.....	p.13
3.3 Types d'actions humanitaires.....	p.15
3.3.1 Les missions d'urgences.....	p.15
3.3.2 Les missions de développements.....	p.16
3.4 Les différents acteurs.....	p.16
3.4.1 Les organisations françaises de solidarité internationale (OSI).....	p.16
3.4.2 Les organisations intergouvernementales (OIG).....	p.18
3.4.3 Les autres organisations.....	p.18
3.5 Moyens d'engagements en missions humanitaires.....	p.18
3.5.1 Les différents statuts.....	p.18
3.5.2 Les moyens de départs.....	p.20

Méthodologie

1. Objectifs de la recherche.....	p.23
-----------------------------------	------

2. Choix du type d'enquête.....	p.24
3. Critères de sélections.....	p.24
3.1 Critères d'inclusions.....	p.24
3.2 Critères d'exclusions.....	p.25
4 Accès à la population.....	p.25
5 La réalisation des entretiens.....	p.26
5.1 La durée des entretiens.....	p.26
5.2 Préalable aux entretiens.....	p.26
6. Limites et difficultés de l'étude.....	p.26
7. Grille d'analyse des entretiens.....	p.27

Résultats

1. Profils des sages-femmes.....	p.29
1.1 Etudes de sages-femmes.....	p.29
1.2 Parcours professionnel jusqu'à l'humanitaire.....	p.29
1.3 Parcours humanitaire.....	p.29
2. Démarches et motivations.....	p.30
2.1 Travail dans l'humanitaire.....	p.30
2.2 Afrique de l'ouest.....	p.31
2.3 Choix de l'organisme.....	p.31
2.4 Démarches.....	p.32
2.4.1 Administratives.....	p.32
2.4.2 Médicales.....	p.32
2.4.3 Personnelles.....	p.32
3. Missions sur place.....	p.33
3.1 Objectifs de la mission.....	p.33
3.2 Journée type.....	p.34
3.3 Moyens.....	p.36
3.4 Ressenti.....	p.38
3.5 Rapport à la population.....	p.40
4. Retour en France.....	p.41
4.1 Réadaptation personnelle.....	p.41
4.2 Réadaptation professionnelle.....	p.42
4.3 Modifications éventuelles de la pratique professionnelle.....	p.44
4.4 Modifications éventuelles de la relation soignant patient.....	p.46
4.5 Bilan des acquis.....	p.47

Discussion

1. Avant le départ en mission humanitaire.....	p.49
1.1 Intérêt pour le voyage et sensibilité humaniste.....	p.49
1.2 Motivations et conditions de départ.....	p.49
2. En mission.....	p.50

2.1 Sens des responsabilités.....	p.50
2.2 Gestion des priorités.....	p.50
2.3 Valeur du matériel.....	p.50
2.4 Rapport à la population.....	p.51
2.5 Reconnaissance.....	p.52
3. Retour en France.....	p.52
3.1 Points négatifs.....	p.52
3.2 Points positifs.....	p.53
Conclusion.....	p.55

Bibliographie

Annexes

Introduction

Avec plus de huit cent milles naissances par an(53), notre pays est celui qui a le plus fort taux de fécondité en Europe. Sur ces huit cent milles naissances, on compte moins de quinze décès maternels par an, ce qui fait de notre système de santé obstétrical un des plus sûrs. Le leadership français en terme quantitatif pose pourtant la question du niveau de prise en charge des patientes, en terme qualitatif. En effet et pour autant que les maternités françaises soient médicalement et techniquement des endroits sûrs, l'accueil qui y est réservé en terme de considération, de respect... reste un point pouvant encore être mieux pris en compte. Le nombre important d'accouchements pratiqués dans chaque maternité, montre ici peut être ses limites. Il peut avoir un effet contre productif, en ce sens qu'il se fait parfois au détriment de la dimension humaine, pourtant si primordiale du point de vue de la parturiente, à ce moment précis de sa vie.

Il semble alors opportun de mettre en parallèle les prises en charges très techniques proposées en France, avec celles des pays qui disposent de peu ou pas de moyens, qu'ils soient techniques ou humains, et de vérifier en quoi ce déficit peut supposer une modification sur les prises en charge des sages-femmes de retour en France. La mission humanitaire nous semblait, de notre point de vue, le meilleur support. En effet, les sages-femmes qui exercent en France et qui partent en mission humanitaire travaillent avec deux schémas de pratiques très différents, selon les moyens dont elles disposent. Elles sont donc contraintes d'adapter leur prises en charge: plus cliniques si elles ne disposent que de peu de matériel ou plus technique si l'équipement le permet. Les modifications que nécessite l'environnement humanitaire peuvent amener les sages-femmes à penser autrement leur métier. Elles sont donc des actrices privilégiées pour témoigner des éventuelles modifications de prises en charges des parturientes à leur retour en France.

Après avoir établi un état de lieux des maternités françaises, nous traiterons de l'environnement hyper-médicalisé qu'on y trouve et de son influence sur la relation soignant-patient. Nous tenterons ensuite une approche avec le monde humanitaire, son organisation et ses formes d'engagement, pour comprendre comment ses intervenants perçoivent les deux systèmes de santé.

Pour tenter de mieux comprendre les implications qu'engendre une mission humanitaire de retour en France, nous avons choisi d'enquêter auprès de sages-femmes. Nous avons réalisé une étude qualitative, du vécu d'une mission humanitaire jusqu'au

retour en France, à partir d'entretiens semi-dirigés, menés auprès de dix professionnelles, parties en mission en Afrique de l'Ouest.

L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact et la valeur ajoutée, s'il y en a, des missions humanitaires après le retour des sages-femmes en France.

Revue de la littérature

Première partie : Etat des lieux technique des maternités françaises

1.1) Historique de la naissance en France

Jusqu'au 18^{ème} siècle, l'hôpital est un lieu d'assistance aux plus démunis et l'accouchement n'y est que très rarement pratiqué. La naissance a lieu dans la majorité des cas à domicile et est alors exclusivement une affaire de femmes, amies, parentes ou proches et qui opèrent sous l'autorité d'une matrone, souvent plus âgée, sans formation mais qui a la confiance de tout l'entourage(20). Pourtant dès le 17^{ème}, la naissance n'est plus uniquement une affaire de femmes. Les accoucheurs font leur apparition. Ils révolutionnent la pratique de l'accouchement notamment grâce à l'utilisation d'instruments (leviers, forceps...) que seuls les hommes ont le droit d'utiliser(21). Néanmoins, à la fin du 17^{ème} siècle, la communauté des sages-femmes est officiellement reconnue. Ainsi, l'accouchement sous l'assistance unique des femmes cède la place à l'accouchement technicisé sous le contrôle des hommes : c'est le début de la médicalisation de la naissance(20).

Parallèlement, sous l'impulsion de Mme du Coudray¹ puis des médecins accoucheurs, l'activité de matrone se professionnalise. Les techniques d'accouchements connaissent alors leur plus grande avancée entre le 17^{ème} et le 19^{ème} siècle(21).

Au 19^{ème} siècle les sages-femmes doivent désormais suivre deux années de formation théorique(46). La science médicale fait chuter les décès maternels. (Maternité de Paris : 0,5% en 1892 pour 0,13% en 1900). Durant cette époque, l'accouchement à l'hôpital n'est pas généralisé. Il reste d'ailleurs un acte risqué. L'hôpital est un lieu de mort. La fièvre puerpérale, très contagieuse, y fait des ravages. En 1856, des statistiques précises ont établi que la mortalité en couches de Port-Royal à Paris est dix neuf fois plus forte qu'à domicile (5,9% pour 0,3%)(20). L'absence d'hygiène du personnel soignant est mise en évidence : celui-ci travaille sans tenues appropriées et se lave rarement les mains, transmettant ainsi les germes d'une patiente à l'autre. Ce n'est qu'à la fin du 19^{ème} siècle que, sous l'égide de Pasteur et de Semmelweis, un pas décisif est franchi. Les médecins comprennent l'importance vitale des pratiques d'asepsie, antisepsie et de stérilisation. Dès lors, l'hôpital devient un lieu sûr où enfin on pratique une médecine qui sauve et qui guérit.

¹ Madame du Coudray (1714-1789), sage-femme ayant exercé à Paris. Grâce à ses dons pédagogiques, elle entreprend de donner des cours pour prévenir les erreurs des matrones dans les campagnes.

L'apparition des drogues anesthésiantes et analgésiques au milieu du 19^{ème}, utilisées dans tous les secteurs de la chirurgie - ce qui concerne potentiellement l'accouchement - finit d'asseoir la réputation grandissante de l'hôpital. Mais la maîtrise de la douleur entérine surtout la toute puissance du médecin, seul apte à utiliser les instruments et les produits anesthésiants(20).

Ainsi au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, se généralise la naissance en milieu médicalisé (70% en 1939). L'hôpital devient désormais un haut lieu de technicité médicale où les maternités regroupent aussi bien des maisons d'accouchements, des lieux de consultations, de gynécologie ou encore de puériculture. Certaines femmes accouchent encore à domicile, que ce soit par choix comme en ville, ou contraintes par l'éloignement des hôpitaux à la campagne(20).

Dès la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, l'accouchement sans douleurs, issu de recherches médicales russes, connaît un grand essor. Il est bientôt supplanté par d'autres transformations fondamentales des pratiques de la naissance comme l'échographie, le monitoring ou la péridurale(20).

En 2010, et selon une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), sept cent quatre vingt dix milles accouchements répartis dans cinq cent trente cinq maternités ont eu lieu en France métropolitaine(48). Le nombre d'accouchements a augmenté de 5% depuis l'année 2001, alors qu'en parallèle, le nombre de maternité a diminué 20%. Ces fermetures résultent d'un mouvement des années soixante-dix : le premier plan de périnatalité. Son but est de renforcer la sécurité des accouchements en fermant les « petites » maternités dans lesquelles le manque de pratique des soignants peut être jugé comme un handicap. Ainsi, les maternités sont moins nombreuses mais de plus en plus équipées. Aussi et en fonction des difficultés rencontrées pendant le parcours de grossesse, chaque patiente peut être orientée vers la maternité la plus à même de l'accueillir, la plus adaptée à assurer le bon déroulement de l'accouchement. Cette concentration de maternité en pôle d'excellence est une spécificité occidentale et contraste singulièrement avec les maternités du Tiers-Monde qui proposent une réalité bien différente aux sages-femmes. L'évolution des méthodes d'accouchement a profondément modifié le rôle des sages-femmes. Le développement de la technique, la prise en charge de la douleur et la place du médecin ont pris le pas sur l'accompagnement de la patiente. La sage-femme prend une certaine distance vis-à-vis d'elle et de sa souffrance. De fait, la parturiente perd de

plus en plus le contrôle de son corps tant la technique déshumanise le soin. Cette tendance est renforcée par l'organisation rationnelle des soins : depuis le décret n°98-899 du 9 Octobre 1998(34), les maternités françaises sont classées en trois catégories en fonction du niveau de soins prodigués aux nouveaux nés.

1.2) Classification des maternités(34)

1.2.1) Niveau 1

Les maternités de niveau 1 disposent d'une unité d'obstétrique. Elles prennent en charge les grossesses dites «physiologiques». Cependant, elles doivent être capables de prendre immédiatement en charge une détresse néonatale avant le transfert du nouveau-né. Les médecins de gardes sont d'astreinte.

1.2.2) Niveau 2

Les maternités de niveau 2 disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Ainsi, elles sont aptes à prendre en charge des grossesses à risques modérés et des nouveaux nés nécessitant une surveillance particulière sans soins de réanimations.

1.2.3) Niveau 3

Les maternités de niveau 3 disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale permettant la prise en charge de grossesses à haut risque et des nouveaux nés présentant des détresses lourdes.

Quoiqu'il en soit, l'ensemble des maternités, quelques soient leurs niveaux de classements, répondent plus où moins aux mêmes procédures dans le suivi des patientes en ante-partum, en per-partum et en post-partum.

1.3) Environnement technique en France

La grossesse fait l'objet dans notre pays d'un suivi médical rigoureux qui vise à un dépistage précoce d'éventuelles complications et à rassurer la future mère.

1.3.1) En ante-partum

→ Suivi médical

Le décret n°92-143 du 14 février 1992 (consolidé le 27 mai 2003) relatif aux examens pré et post natals, fixent le nombre d'examens médicaux à sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme(33). Cette surveillance obstétricale permet une prévention efficace des complications de la grossesse par un dépistage précoce et ainsi la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelle et fœtale.

En parallèle, la patiente doit réaliser une surveillance biologique par prélèvements sanguins effectués à des termes précis dont les sérologies de début de grossesse, le dépistage de la trisomie 21 (facultatif), la recherche d'agglutinines irrégulières, des numérations globulaires...

→ Suivi échographique

En France, trois échographies sont recommandées par le Comité National Technique de l'Echographie de dépistage prénatal, pour une grossesse d'évolution normale. Elles sont programmées à raison d'une par trimestre respectivement entre 11 et 13 SA, 22 et 24 SA, 32 et 34 SA(45).

La première échographie a pour but de dater précisément l'âge gestationnel, de vérifier la bonne évolution de la grossesse et de repérer d'éventuelles anomalies. On pratique également une étude morphologique de première intention comme par exemple la mesure de la clarté nucale (dépistage de la trisomie 21). A la seconde échographie, sont effectué : un contrôle biométrique, un contrôle morphologique et des annexes (quantité de liquide amniotique, localisation du placenta...). C'est aussi le moment où les parents peuvent découvrir, s'ils le souhaitent, le sexe de leur futur enfant. La troisième échographie permet de s'assurer de la bonne vitalité fœtale, de contrôler la présentation du fœtus et de préciser le pronostic mécanique de l'accouchement. Les échographies mettent parfois en évidence des malformations qui nécessitent un diagnostic anténatal (DAN). Ce type de suivis prénatals est propre aux pays occidentaux. Les sages-femmes qui ont exercé à l'étranger ont été confronté à une toute autre réalité. Notamment, dans les pays du Tiers-Monde, le recours à l'échographie est rare pendant la grossesse, faute d'appareil. Il est donc délicat d'avoir une datation précise de la grossesse, de dépister d'éventuelles anomalies et de vérifier le bon développement du fœtus.

Si la grossesse fait en France l'objet d'un suivi médical rigoureux, l'accouchement s'opère également dans un environnement médicalisé.

1.3.2) Le per-partum

L'accouchement est souvent pour la future mère, un moment très fort. Pour les soignants, il reste un acte médical à risques. Des complications doivent toujours être envisagées.

→ La voie d'abord veineuse (VAV)

Souvent posée dès l'arrivée en salle de naissance, la voie d'abord veineuse est avant tout une pratique préventive: les patientes devant être à jeun pendant toute la durée du travail, la VAV permet d'éviter une déshydratation ou une hypoglycémie. Elle est aussi pratiquée en vue d'une analgésie péridurale, vecteur de risque d'hypotension, en cas d'hémorragie de la délivrance, et enfin, au cas où des thérapeutiques sont nécessaires pendant le travail (accès direct aux veines).

→ L'analgésie péridurale

Cette technique permet de diminuer les «douleurs de l'accouchement». Aujourd'hui, chaque patiente peut y recourir. Mais au-delà du confort de la patiente et d'une ambiance plus sereine en salle de naissance pour le couple comme pour l'équipe soignante, il existe des indications obstétricales à réaliser une analgésie péridurale (prématurité, retard de croissance intra-utérin, maladies cardiovasculaires et respiratoires, ou en cas de risque accru de césarienne comme les grossesses multiples, fœtus en siège ou utérus cicatriciel). Ces indications sont de plus en plus nombreuses alors que les contre-indications sont de plus en plus rares. En 2003, selon l'enquête périnatale nationale, 60% des patientes y avaient recours(67) contre 1% en Afrique de l'Ouest et Centrale(63), un taux faible qui s'explique par des raisons de culture et de spiritualité(39).

→ Monitoring du rythme cardiaque fœtal et des contractions

Le monitoring est l'enregistrement en simultané du rythme cardiaque fœtal et des contractions. La surveillance clinique du bien être fœtale est très limitée. Cette dernière repose surtout sur le para clinique et principalement sur la surveillance du

rythme cardiaque fœtale(9). Praticué depuis les années 1960 en continu pendant le travail, le monitoring est aujourd'hui utilisé de manière quasi générale dans tous les pays développés. Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), il est recommandé une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal en phase active du travail et cela par manque de formation à l'auscultation intermittente et de personnel en salle de naissance. En effet, un enregistrement discontinu n'est concevable que pour des patientes ne présentant pas ou peu de risques et nécessite la présence plus fréquente d'une sage-femme(43). Le tracé anormal suggère le recours à des techniques plus invasives comme le pH ou lactates au scalp, l'oxymétrie de pouls fœtal, ou encore l'électrocardiogramme fœtal (STAN)...

Dans les pays du Tiers-Monde, le suivi du travail est souvent réduit à sa plus simple expression: perfusion non systématique, absence d'analgésie péridurale et de monitoring. Le travail de sage-femme est donc très différent.

1.3.3) Post-partum

Après l'accouchement, le couple mère-enfant est surveillé deux heures en salle de naissance, délai au-delà duquel l'accouchement peut être considéré comme normal: c'est le post-partum immédiat. Comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS), la patiente doit être vue régulièrement (temps variable selon les établissements)(51).

Pendant ces deux heures, le nouveau-né fait l'objet d'un examen clinique plus ou moins complet selon les maternités, et d'une prise de ses mensurations. Il est également surveillé en parallèle de sa mère.

Les jours qui suivent l'accouchement, les mères et leurs nouveaux nés sont hospitalisés ensembles dans le service de suites de couches afin de prévenir et surveiller les principaux risques (hémorragique, infectieux, thromboembolique) pouvant survenir dans le post-partum. Selon l'enquête nationale périnatale de 2010 et pour un accouchement voie basse sans complication, la durée d'hospitalisation est de trois à quatre jours dans 91% des établissements(50). Ces délais sont en diminution pour des raisons essentiellement financières(54).

Cette sortie précoce peut parfois être ressentie comme brutale par les mères qui peuvent développer un sentiment d'abandon exacerbé par une prise en charge assidue et rigoureuse du monde médical pendant les neuf mois de grossesse. Il convient

néanmoins de remettre ce ressenti en perspective avec la situation de la mère africaine à laquelle il n'est souvent laissé que peu de répit et qui doit recouvrer le cours normal de sa vie, nouveau-né ou pas.

Deuxième Partie: Relation soignant-patient de nos jours

2.1) une relation complexe

La relation soignant-patient est une relation fort complexe parce qu'elle est la rencontre de deux individus, deux subjectivités où le ressenti a autant d'importance que le verbe. Ce n'est donc pas seulement un acte médical ou une compétence technique que vient chercher le patient mais aussi une présence, une écoute... une humanité qui accompagne(13).

La relation soignant-patient est, selon E. Freidson, une «relation asymétrique». Le médecin est en effet celui qui a autorité pour décider du statut de son patient et donc de le soustraire à ses obligations ordinaires(4). En ce sens, comme l'écrit T. Parsons, le médecin est un «contrôleur social»(10). S'il veut être pris en charge, le patient doit accepter de remplir les obligations que lui impose son état. Le médecin est en outre celui qui peut entrer dans l'intimité du malade pour l'aider à retrouver son état initial(4).

Par l'inspection, la palpation et l'auscultation, le médecin entre dans le monde de la personne malade et plus encore dans son intimité(18). Comme le dit T. Amouroux, il est en effet le «témoin de sa nudité» et doit percer les secrets les plus intimes, conscients et inconscients du patient tout en donnant l'illusion d'un climat d'égalité entre deux personnes qui se découvrent(13).

Le soignant doit donc instaurer une relation de confiance. C. Bauer précise que pour cela, certaines règles doivent être respectées pour diminuer les effets du rapport de domination : «l'acceptation positive», «l'authenticité», «l'empathie» et l'absence de jugement(14).

«L'acceptation positive»(14) consiste à accepter le patient tel qu'il est, sans aucune arrière-pensée relative à ses caractéristiques ou ses comportements. «L'authenticité» ensuite, est fondée sur l'honnêteté, la franchise, l'absence de mensonges... «L'empathie» enfin résulte d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent de l'intérieur le vécu de l'autre(14). En maternité, c'est d'autant

plus essentiel que la parturiente vit un moment de sa vie où la prise en charge de son affect est aussi importante que l'acte médical. Dans ce cas, l'empathie consisterait à accompagner véritablement la parturiente, faire un bout de route avec elle, aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien pour mieux la guider. L'enjeu est l'amélioration de la qualité de l'interaction soignant soigné.

Ainsi bien menée, l'entrevue viserait à une introspection du patient, une prise de conscience: pourquoi suis-je là? Que dois-je faire pour aller mieux? Que dois-je changer? Par sa qualité d'accompagnement, le soignant favoriserait le soulagement émotionnel et par la parole et l'expérience de l'écoute le patient remet en perspective la gestion de sa maladie, de sa santé et plus généralement de sa vie (18).

C'est encore une relation complexe car pour mener à bien sa consultation et être en symbiose avec le patient, le soignant doit être maître de son art. Il doit en effet s'efforcer d'éviter toute ambiguïté dans son comportement: évacuer ses préjugés et présupposés et rester conscient de sa responsabilité éthique(1). Ainsi, il se trouve en permanence dans l'obligation de réguler ses rapports sociaux pour ne pas détourner à son profit la compétence et le statut social que sa position lui confère (exemple: secret professionnel). A cet effet, les premières minutes de l'entretien sont primordiales. Dans l'idéal, le soignant se doit de poser des questions ouvertes qui n'influencent en rien le patient, bien interpréter ses expressions corporelles et surtout répondre présent dès que l'échange perd de sa superficialité pour laisser place à une relation de forte intensité où le patient, dans un grand dénuement, exprime en toute intimité son mal être(14). C'est à ce stade que s'installe une véritable relation entre deux êtres où l'authenticité, l'empathie et le respect de l'autre comme de soi prend tout son sens.

C'est une relation complexe enfin parce que ce peut être la rencontre de deux cultures.

2.2) Une relation multiculturelle

Dans une société où se développent les phénomènes migratoires et la diversité culturelle, la relation soignant-soigné peut devenir une rencontre de deux cultures avec des croyances, des origines et un parcours de vie différents(18). Or, cette rencontre peut générer l'ethnocentrisme, forme de rejet de l'altérité, une peur archaïque de l'autre parce que justement il est autre(19). Dans ce contexte, la relation soignant-patient peut

très vite aboutir à des malentendus qui provoquent une perte de confiance, une rupture du suivi et une inobservance thérapeutique de la part du patient(14,18)... Ajoutons à cela qu'à la dimension culturelle, s'ajoute la plupart du temps des déterminants socio-économiques qui jouent un rôle essentiel dans l'attitude des patients face aux soins et au corps médical. Le soignant doit donc être à l'écoute du patient et prendre conscience de ses propres référents culturels(17,19). Il doit éviter toute représentation ethnocentrique ou culturaliste de l'autre et adopter une démarche interculturelle. Il s'agit d'évacuer les préjugés et systèmes de défenses délétères à la communication. La prise en charge de la diversité culturelle nécessite aussi de la sage-femme une grande disponibilité, une écoute agnostique de l'autre, avec des allers-retours entre ses propres normes et celles de l'autre. Il lui faut un regard qui écoute mais qui ne capture pas et n'enferme pas. On le comprend, la démarche interculturelle ne se fonde pas sur une connaissance érudite des cultures mais sur la conscience de la relativité de ses valeurs et sur la singularité du patient... en quelque sorte une ethnologie appliquée. Le soignant se doit donc d'être neutre vis-à-vis des origines sociales et culturelles du patient. Par ce décentrement, le soignant prend de la distance par rapport à lui-même et ses modèles sociologiques, culturels et professionnels. Il s'impose ainsi une «neutralité culturelle» qui n'est pas pour autant une négation de son identité(19), bien au contraire, c'est une reconnaissance qui amène à mieux se connaître, à mieux nous connaître et à mieux identifier nos résistances(17).

La confiance et le respect sont les fils conducteurs d'une bonne relation soignant-soigné. Pourtant, cette relation, face à l'afflux des technologies et aux contraintes financières imposées par la Sécurité sociale, ne peut désormais se résumer à celle de deux individus qui se rencontrent et essaient de se comprendre(6).

2.3) Une relation paradoxale

2.3.1) Malade ou maladie

Avec le développement scientifique des dernières décennies, la médecine tend à devenir de plus en plus technique; et plus la technique avance, plus le personnel médical devient l'usager d'une technologie, un technicien qui utilise des procédés tirés d'autres sciences (physique, biologie chimie) appliquées à la médecine(6).

Cette technicité croissante génère une vaste subdivision de la médecine en spécialités et sous spécialités médicales, qui cherchent à tout connaître sur les organes et à tout savoir du fonctionnement du corps humain, au risque de s'attacher à soigner non plus des malades, mais des maladies(18). Dans le domaine des maternités, cela équivaut à prendre en charge non plus des femmes enceintes mais des grossesses. Le rapport soignant-patient s'en trouve fortement bouleversé, car d'un rapport personnel entre deux personnes, on est passé à un rapport plus complexe: celui d'un patient désormais face à un technicien hyper-qualifié... Un rapport plus impersonnel et plus mécanique.

2.3.2) Santé et contraintes financières

De plus en plus l'administration, sous la contrainte financière due à l'explosion des dépenses de santé publique, agit désormais en économiste. Ainsi, son approche du soin est une approche quantitative. Il s'agit de rationaliser le temps accordé à chaque patient, ce qui place au second plan l'aspect humain de la relation.

Ainsi la Sécurité Sociale se comporte en entreprise de plusieurs milliers de salariés, avec des critères de gestion et des objectifs d'équilibre financier propres habituellement aux entreprises privées. Néanmoins et bien que nul ne peut nier, d'une part, la nécessité de rétablir les comptes de la Sécurité Sociale et, d'autre part, tous les bienfaits de la technique sur la pratique médicale, il est absolument nécessaire «d'établir une alliance humaniste et scientifique pour réintégrer l'humanisme dans la pratique»(18).

2.3.3) Obligation d'information

Quel que soit le patient qui est devant lui, le soignant a l'obligation de l'informer sur l'état de santé qui est le sien ainsi que sur la nature des soins qui vont lui être prodigués, pour lui permettre notamment d'accepter ou de refuser en toutes connaissances de causes les actes «à visées diagnostiques et ou thérapeutiques qui lui sont proposés»(2). Cette obligation est à la fois légale et déontologique(32).

Pour que l'information ait un écho optimal, il est essentiel que le soignant puisse vaincre d'abord ses propres inhibitions ainsi que celles du patient. L'expérience démontrerait que beaucoup de patients sont finalement reconnaissants à l'égard du praticien de cette franchise. La confiance qui ressort de cette relation soignant soigné faciliterait l'accompagnement(2).

Troisième Partie : Mission Humanitaire

3.1) Définition

Selon Philippe Ryfman: «L'action humanitaire est une assistance fournie par un seul ou une conjonction d'acteurs, s'insérant à des niveaux variés dans un dispositif international de l'aide, régit par un certain nombre de principes, et mise en œuvre (au nom de valeurs considérées comme universelles), au profit des populations dont les conditions d'existence du fait de la nature (catastrophes) ou de l'action d'autres hommes (conflits armés internes ou internationaux) sont bouleversées, et l'intégrité physique atteinte, voire la survie même compromise»(11).

L'action humanitaire est donc largement perçue comme une aventure humaine car elle prend sa source dans l'affect humain. Selon Françoise Boucher Saulnier², «...elle se situe entre le monde professionnel et celui de la compassion humaine...»(16). Ainsi fondée sur l'humain avec tout ce qu'il peut avoir d'arbitraire et de subjectif, l'adoption de codes de conduites s'est imposée dans divers domaines de l'action humanitaire pour couvrir à la fois les pratiques professionnelles et les comportements personnels. (Exemples: Code de conduite de la Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 1994 - Projet SPHERE, 1997, ayant pour but d'établir une charte humanitaire et des standards professionnels uniformisés entre tous les acteurs humanitaires)(62).

L'action humanitaire s'exerce au nom de la solidarité. Elle est majoritairement destinée aux populations les plus défavorisées. Cependant, elle doit aussi s'inscrire dans une idée d'échange. L'humanitaire nous renvoie principalement à une dimension internationale, mais de plus en plus d'actions nationales sont qualifiées d'humanitaires comme les actions du SAMU social ou les maraudes de Médecins Du Monde(55).

3.2) Actions humanitaires: un peu d'histoire

«L'humanitaire moderne», est un héritage de la charité chrétienne et de l'humanisme du siècle des Lumières. Il naît dans l'idée que la violence de guerre ne doit pas se faire de façon démesurée et c'est ainsi que des conventions diplomatiques

² Françoise Boucher Saulnier : Docteur en droit, directrice juridique de Médecins Sans Frontières

internationales mettent en place des espaces neutres de non violence au sein même des champs de bataille, pour soigner les soldats(47,61).

Ainsi en est-il, pendant la bataille de Solferino en 1859, où Henry Dunant, citoyen suisse témoin de la bataille, improvise des secours avec l'aide des populations locales. L'aide apportée aux deux camps de soldats, sans discrimination, est l'acte fondateur de la Croix-Rouge. En effet, en 1863, le Comité International de la Croix Rouge (CICR) est fondé autour des idées de Monsieur Dunant rassemblées dans Un souvenir de Solferino(1862), et dont le but est de porter assistance aux victimes de conflits armés ou autres situations de violences(44). Le CICR parvient en peu de temps à réunir seize Etats au sein d'une conférence diplomatique aboutissant à la signature de la première convention de Genève. Celle-ci aboutit à la création dans chaque Etat membre de comités de secours et permet à tous les Etats de démontrer leur sollicitude et leur humanité en acceptant que, dès lors qu'un prisonnier est blessé, il devient un être humain, il n'appartient plus à cet Etat mais est restitué à l'Humanité. La distinction entre combattant et non combattant est la racine même de l'action humanitaire(61). Depuis 1949, les conventions de Genève font évoluer le Droit International Humanitaire (DIH), placé sous l'égide du CICR.(44)

La création de la Croix-Rouge(47) est ainsi l'acte fondateur de «l'humanitaire moderne» et marque une période allant de la fin du 19^{ème} siècle à la première guerre mondiale.

Le développement de l'humanitaire au sens de la solidarité s'effectue après les deux guerres mondiales où on assiste à la création des premières Organisations Non Gouvernementales (ONG) et dont l'objectif principal est de venir en aide aux populations affaiblies par les conflits locaux, nationaux ou internationaux(61). Après la seconde guerre mondiale, on assiste à la création des Nations Unies (1945) dont le but est de maintenir la paix dans le monde et de faire respecter le Droit International. En 1947, est créé l'UNICEF (fonds des Nations Unies pour l'enfance).

En 1967 débute la deuxième phase de «l'humanitaire moderne» avec la guerre du Biafra au Nigéria. C'est l'une des premières guerres largement relayée par la télévision. Les Ibos, peuple du Sud-ouest du Nigéria (le Biafra) se heurtent à une répression brutale du gouvernement nigérian qui interdit à la Croix-Rouge l'accès aux populations en détresse. Quinze médecins français surnommés «FRENCH DOCTORS» agissant pour la Croix-Rouge, décident de rompre avec la tradition solidement ancrée de neutralité et

de silence et dénoncent ce qu'ils croient être un génocide. Suite au Biafra, les «FRENCH DOCTORS» fondent le mouvement des «sans frontières» et créent Médecins Sans Frontières en 1971, ayant pour but de rendre l'aide humanitaire indépendante des Etats(56, 61).

Mais c'est surtout au cours des trente dernières années que les actions humanitaires, de développement ou d'urgence ont pris une ampleur considérable. De la guerre froide dans les années quarante à nos jours, on assiste à une multiplication des conflits qui peuvent survenir à cause de différents ethniques (Rwanda), de revendications territoriales (Moyen Orient: Israël /Palestine), l'émergence de dictature (Lybie, Syrie...) ou encore religieuses (Afghanistan). On assiste alors à la multiplication des actions humanitaires afin de répondre aux besoins des populations affectées qui sont de plus en plus nombreuses(61). Or la grossesse concerne toutes les femmes dans tous les pays du monde. Sa prise en charge est donc une mission importante afin de former si besoins les sages-femmes locales, et apporter des soins pour éviter ou diminuer les complications de la mère et du fœtus.

3.3) Types d'actions humanitaires (57,61)

Il est usuellement reconnu que l'action humanitaire se divise principalement en deux catégories : les missions d'urgences et les missions de développements.

3.3.1) Les missions d'urgences

Ces missions s'organisent dans des situations de conflits, catastrophes naturelles (séismes...) ou de crises ce qui rend leur durée très variable. Médecins du Monde définit une crise comme une «rupture contextuelle ayant des incidences médicales fortes sur les populations» et distingue quatre types de crises: les crises sanitaires (ex: épidémies), les crises politiques génératrices de violence (ex: Afghanistan, Irak...), économiques à l'origine d'entrave à l'accès aux soins (ex: accès aux Anti rétro viraux...) et environnementales (ex: nucléaires)(55). Elles ont pour objectifs d'assurer l'assistance, la protection des personnes vulnérables et répondre aux besoins fondamentaux des populations affectées (nourriture, accès à l'eau, aux soins...). A la différence des actions de développements, les actions d'urgences sont souvent de court ou moyen termes. Elles peuvent être suivies d'actions de post-urgence et de réhabilitation qui participent à la reconstruction de la région ou du pays. La sage-femme

y intervient pour jouer son rôle en contexte d'urgence: le renfort de soins obstétricaux (accouchements, soins aux mères et aux nouveau-nés...)

3.3.2) Les missions de développements

La mission de développement, à la différence de la mission humanitaire d'urgence qui est curative, est plus préventive. En effet, elle s'inscrit dans la durée pour accompagner et mettre à la disposition du pays concerné un ensemble de savoir-faire qui génèrent du développement et amènent l'autonomie(61). Ainsi définie, la mission de développement est souvent ingrate tant elle ne permet pas au personnel intervenant de mesurer immédiatement l'efficacité de son travail. Chaque intervention est comme une pièce d'un puzzle; elle n'a de valeur et ne trouve son sens que si elle s'inscrit parfaitement dans un ensemble homogène et cohérent. Quoiqu'il en soit et compte tenu de la durée parfois conséquente de son séjour, l'intervenant doit essayer de s'intégrer dans la population pour mener au mieux sa mission. Dans la mission de développement c'est la notion d'échange qui prévaut. Quelque soit son champ de compétences, l'intervenant prodigue son savoir faire avec le plus de pédagogie possible et avec la volonté consciente et inconsciente de trouver des autochtones qui relaient et transmettent la formation qu'ils ont eux-mêmes reçue. L'intervention des sages-femmes s'inscrit directement dans cette démarche: formation du personnel local aux suivis de grossesses, accouchements, hygiène...

Les thématiques sont surtout d'ordre médical, économique, social et culturel (éducation, Droits de l'Homme...).

3.4) Les différents acteurs

Différentes organisations existent et peuvent agir dans le cadre d'actions humanitaires. On retrouve principalement les Organisations de Solidarité Internationales (OSI) qui, selon le Ministère des Affaires Etrangères(57), comprend les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et la Croix-Rouge française ainsi que les Organisations Intergouvernementales (OIG).

3.4.1) Les organisations françaises de solidarité internationale (OSI)

Le paysage des acteurs non gouvernementaux intervenant dans le domaine de la solidarité internationale est très diversifié.

→ Les organisations non gouvernementales (ONG)

Les Organisations Non Gouvernementales sont des associations. En France, L'article 1 de la loi de 1901 tirée du code de Droit Civil définit une association comme «deux ou plusieurs personnes mettant en commun, d'une façon permanente et pour une durée définie, leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices»(31). Une association doit être rendue publique pour bénéficier d'un statut juridique. Elle peut aussi être reconnue d'utilité publique par décret du Conseil d'Etat. Une association est donc une entreprise privée dans le sens où elle est constituée de personnes (physiques ou morales) dont le but est d'entreprendre des actions (pour atteindre un objectif). Ce n'est pas un organisme d'Etat, on parle alors, lorsque l'association a une envergure internationale, d'organisation non gouvernementale, plus communément appelé ONG(57,59,61). (Exemple: Médecins Sans Frontières, Médecins Du Monde).

→ La Croix-Rouge française(47)

La Croix-Rouge française est une «filiale» du mouvement international Croix-Rouge, institution neutre et indépendante, basée à Genève et qui emploie environ douze milles personnes agissant dans quatre-vingt pays. Elle comprend:

- **le Comité International de la Croix-Rouge (CICR)** intervenant uniquement en cas de conflit.
- **Les Sociétés Nationales** qui interviennent sur leurs lieux d'implantations.
- **La Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge** (pour les pays musulmans), véritable soutien logistique et de développement des sociétés nationales en cas de catastrophes.

La Croix-Rouge n'est pas une ONG, elle dispose d'un mandat particulier conféré par des états signataires des conventions de Genève dont elle est l'initiatrice et la gardienne. Elle est régie par sept grands principes qui sont universalité, unité, indépendance, neutralité, volontariat, impartialité et humanité(44,47).

3.4.2) Les organisations intergouvernementales (OIG)

Les organisations inter gouvernementales ou OIG sont des organisations composées de plusieurs gouvernements. Il faut noter qu'il existe différents types d'OIG avec des compétences et des activités variées(57).

Comme les ONG, elles sont présentes dans de nombreux pays, particulièrement dans les pays du Tiers-Monde. Certaines agissent dans le domaine de la solidarité et principalement dans le secteur du développement à travers la culture, la santé ou encore l'environnement.

Ce terme regroupe des institutions aussi larges que l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'Union Européenne (UE) ou encore des organisations régionales comme l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA).

3.4.3) Les autres organisations

L'Etat qui, outre par sa politique générale doit contribuer à la réduction de la pauvreté, peut aussi mener des actions d'aides au développement et d'urgence lors de crises humanitaires et catastrophes naturelles (exemple: séisme d'Haïti).

A moindre échelle, les collectivités territoriales et les entreprises privées peuvent être des acteurs de l'humanitaire en subventionnant des associations de solidarité internationale ou dans le cadre d'un partenariat (coopération décentralisée). (Exemple: Aventis et Médecins Sans Frontières)(56).

3.5) Moyens d'engagement en mission humanitaire

3.5.1) Les différents statuts

L'engagement humanitaire peut prendre plusieurs formes. Ces statuts sont clairement définis par le ministère des affaires étrangères(57). Ils définissent le niveau d'action et d'implication.

→ Le volontariat

Le volontariat est le statut le plus courant. L'action des volontaires est «bénévole». Ils ne perçoivent que des indemnités de subsistance qui leur permettent de vivre dans des conditions décentes mais ne correspondent pas à des indemnisations de leur activité

en mission, telles qu'elles seraient rémunérées dans leur pays d'origine (Ex: MSF environ 800 Euros/mois pour la première année d'ancienneté). Les associations faisant appel à des volontaires doivent être agréées par le ministère des affaires étrangères.

En France, deux statuts de volontaires sont référencés: le statut de volontaire régi par la loi n°2005-159 du 23 Février 2005, relative au contrat de volontariat de solidarité internationale et le statut de volontaire en dehors du cadre législatif(36).

→ Le bénévolat(57)

Le statut de bénévole est également fréquemment utilisé par les associations humanitaires, surtout si elles sont de taille modeste et que le sujet désirant partir n'a pas d'expérience. A noter qu'il n'est défini par aucun code juridique.

Tous les frais sont à sa charge pendant la mission. Néanmoins, certaines associations offrent une aide à leurs bénévoles incluant par exemple les frais de voyages et/ou les frais sur place (nourriture, hébergement...)

A la différence du statut de volontaire de solidarité internationale, le statut de bénévole n'ouvre aucun droit à une couverture sociale et est considéré par le code du travail comme une période d'inactivité.

→ Le statut professionnel: le salarié humanitaire(57, 61)

Les offres d'emploi sont rares dans l'humanitaire. De ce fait, une bonne expérience et de nombreuses compétences sont de rigueur.

Les salariés sur le terrain sont souvent des professionnels du monde médical, social, logisticiens, agronomes...

Des statuts alternatifs, avec des conditions plus souples ont été créés pour ceux qui souhaitent partir en mission humanitaire.

→ Les chantiers jeunes(61)

Ces chantiers ont pour objectifs de rassembler des jeunes, toutes nationalités confondues autour d'un projet commun, souvent d'utilité publique (construction, aide à l'alphabétisation...). Ils sont généralement d'une durée minimale de deux semaines et ont souvent lieu pendant les vacances d'été. Les conditions sont différentes en fonctions des associations (âges, formations au préalable...). Le plus souvent, les frais sont entièrement à la charge des participants.

→ Le stage étudiant

Ces stages rentrent dans le cadre «normal» du stage étudiant c'est à dire que ce dernier doit fournir une convention de stage et passer un entretien afin de voir s'il correspond ou non aux critères de l'association.

3.5.2) Les moyens de départs

Il existe différents modes de détachement pour le départ en mission humanitaire. Les deux les plus utilisés sont les congés de solidarité internationale (CSI) et la mise en disponibilité.

→ le congé de solidarité internationale (CSI)

Les CSI sont régis par la loi n°95-116 du 4 février 1995 et remis à jour le 21 septembre 2010(37).

Ils permettent à des salariés de participer à des actions humanitaires à l'étranger et sont soumis à des conditions bien définies. Le CSI est un congé qui ne peut excéder six mois et obtensible sous l'accord du chef d'entreprise chez qui il doit avoir travaillé plus de douze mois et remettre à son retour une attestation constatant l'accomplissement de la mission.

→ La disponibilité

Mise en disponibilité

Elle est définie par la loi n°84-16 du 13 janvier 1986 et remise à jour le 01 Août 2011(38). Un salarié du Service Public cesse d'exercer son activité professionnelle pendant un temps donné. Il est temporairement placé en dehors de son administration d'origine et ne bénéficie plus de ses rémunérations, de ses droits à l'avancement et à la retraite.

Seuls les fonctionnaires titulaires peuvent en bénéficier. Les mises en disponibilités sont accordées de droit (élever un enfant de moins de huit ans, adoption en Outre-mer ou à l'étranger...) ou sous réserve de nécessité de service.

Sauf dans les cas de disponibilités de droit, l'administration peut exiger un préavis de trois mois maximum.

Les mises en disponibilités pour partir en action humanitaire ont pour motif principal « convenance personnelle » pour une durée de trois ans maximum, renouvelable dans la limite de dix ans sur l'ensemble de la carrière.

Réintégration professionnelle

Les conditions de réintégration à l'issue d'une disponibilité varient selon la fonction publique, le motif de la disponibilité et/ou sa durée.

La réintégration du fonctionnaire est subordonnée à la vérification de son aptitude physique à reprendre ses fonctions.

Concernant la fonction publique hospitalière, le fonctionnaire doit demander sa réintégration au moins deux mois avant la fin de sa disponibilité. Si celle-ci est d'une durée inférieure à 3 ans, le fonctionnaire est réintégré de droit à la première vacance d'emploi dans son grade. Si le fonctionnaire refuse l'emploi proposé, il reste en disponibilité jusqu'à ce qu'un nouveau poste lui soit proposé. En l'absence d'emploi vacant, il est maintenu en disponibilité jusqu'à sa réintégration et au plus tard jusqu'à ce que trois postes lui aient été proposés. S'il refuse successivement ces trois postes, il peut être licencié après avis de la Commission Administrative Paritaire (CPA).

Si la disponibilité a une durée supérieure à trois ans, aucun texte de lois ne précise les conditions de réinsertion.

Concernant les sages-femmes, il est logique que ce soit dans ce cadre que s'effectue les départs en missions humanitaires eu égard à la souplesse du statut de fonctionnaire qui concerne le plus grand nombre d'entre elles. Toutefois, et compte tenu d'un marché du travail qui leur est favorable, un certain nombre de sages-femmes exercent dans le cadre de CDD et partent en mission quand elles le souhaitent. Quant aux statuts, on retrouve surtout ceux de volontaires et de bénévoles.

Méthodologie

1) Objectifs de la recherche

Une sage-femme de retour du Congo témoigne du sens clinique aiguisé de ses homologues locales dépourvues de tous moyens technologiques. Ces dernières diagnostiquent à mains nues les ruptures utérines et compensent ainsi le manque de technologie par un interrogatoire plus précis de la parturiente et une expertise du toucher. Cela contraste avec la prise en charge très technicisée de l'accouchement tel qu'il est pratiqué dans les pays occidentaux. Nous pouvons donc nous interroger sur le fait que l'absence de moyens techniques et thérapeutiques replacerait le sens clinique et la relation soignant-soigné au centre de la pratique médicale avec une appréhension du patient dans sa globalité.

Par conséquent et compte tenu de l'absence de moyens, la sage-femme retrouverait une pratique non technicisée, que ce soit au niveau des méthodes auscultatoires ou au niveau des traitements. Souvent confrontée à des pathologies avancées, elle développerait ainsi sa capacité d'autonomie et son sens des initiatives car elle n'a pas toujours un autre praticien auprès d'elle. Elle hiérarchiserait les priorités et mettrait en perspective les problèmes constatés.

Le fait que la sage-femme ait été elle-même en minorité à l'étranger soulève l'hypothèse selon laquelle cela pourrait avoir permis de développer sa perspective sur sa propre culture et son acceptation de la différence. Toute sa communication avec la patiente serait alors fondée sur plus de tolérance, quelque soit ses origines ou son histoire de vie. Grace à son parcours dans l'humanitaire, elle serait plus attentive à concilier les pratiques médicales de nos établissements avec le projet de naissance de la patiente. Par sa qualité d'accompagnement, elle ne serait plus seulement une technicienne mais une professionnelle qui se remettrait à penser une médecine «ordinaire» qui soigne des patients et non des organes.

Dans l'idée de nous situer dans une relation multiculturelle, l'objectif de notre étude est double: D'une part, il s'agit d'analyser les représentations des sages-femmes parties en mission humanitaire en Afrique de l'ouest. D'autre part, il s'agit d'évaluer après leur retour, l'impact de leurs expériences sur la prise en charge des patientes.

2) Choix du type d'enquête

Afin de connaître au plus près le vécu de sages-femmes parties en mission(s) humanitaire(s) et d'aborder leur ressenti sur la valeur ajoutée de telles missions, il nous fallait privilégier un dialogue où la sage-femme pouvait laisser libre cours à ses propos mais toujours dans le respect du thème qui nous faisait nous rencontrer.

De ce point de vue, l'entretien présentiel semi-dirigé semblait le support le plus adapté. Notre étude a été prospective. Nous avons recueilli les témoignages de sages-femmes sur l'évolution de leurs pratiques après être rentrées de missions humanitaires. Notre étude était qualitative et multicentrique. Les sages-femmes interviewées l'ont toutes été ou sur leur lieu de travail ou à un endroit défini par elles afin que ce soit le moins contraignant possible et qu'elles se sentent aussi à l'aise que possible.

Les sages-femmes rencontrées viennent de régions diverses, avec des expériences professionnelles et des motivations différentes.

Les entretiens étaient enregistrés puis retranscrits. Bien qu'aussi libre que possible, l'entretien suivait un fil conducteur (cf. Annexe I) qui visait à mettre en évidence d'une part le profil et le parcours des intéressées jusqu'à leur départ et d'autre part les apports réels de l'humanitaire dans leur pratique quotidienne de retour en France. La trame d'entretien comporte quatre rubriques: les deux premières s'intéressent à la sage-femme elle-même, de son parcours scolaire et professionnel jusqu'à son départ en passant par ses motivations et par les éventuelles démarches administratives. La troisième rubrique porte sur son mode de vie sur place et la dernière sur son retour en France et les possibles changements opérés.

3) Critères de sélection

Il y a une forte concentration d'ONG en Afrique de l'Ouest, principalement composée de pays qui sont d'anciennes colonies françaises. De plus, l'Afrique de l'Ouest est représentative de l'immigration en Haute Normandie. Nous avons choisi de nous intéresser à des sages-femmes ayant effectué une ou plusieurs missions humanitaires dans cette région.

3.1) Critères d'inclusion

Nous avons choisi d'interviewer des sages-femmes ayant pratiqué au moins un an après le diplôme d'Etat et le premier départ en mission afin qu'elles puissent avoir le recul nécessaire pour mesurer l'impact sur leurs prises en charges après la ou les missions humanitaires.

De manière optimale, elles devaient avoir exercé dans une structure publique à plus grande mixité sociale.

La mission humanitaire devait avoir été d'une durée minimale de trois mois dans la région concernée par l'étude ou bien d'une période de durée inférieure mais répétée minimum deux fois à moins de douze mois d'intervalle. Afin qu'elles puissent bénéficier du recul nécessaire sur leurs pratiques, il convenait qu'elles soient de retour dans une maternité française depuis au moins six mois.

3.2) Critères d'exclusion

Etaient exclus les voyages d'agrément, accompagnements de conjoints et tout autre voyage n'ayant pas trait à une mission de médecine humanitaire.

L'exclusion portait aussi sur des voyages médicaux et non humanitaires où des praticiens partent à l'étranger dans des conditions d'exercices proches de celles qu'ils ont en France.

4) Accès à la population

Dix entretiens nous semblaient être le bon nombre pour établir un panel de sages-femmes, pourvu qu'elles aient un profil et un parcours différents.

La difficulté a été grande car beaucoup de sages-femmes contactées, soit n'étaient pas allées en mission dans la région concernée par notre enquête, soit ne rentraient pas dans nos critères d'inclusions tels que initialement définis. Néanmoins, nous avons réussi à obtenir dix entretiens : trois ont été obtenus par connaissances, un l'a été par diffusion d'une annonce dans un établissement de santé et les six autres par le contact d'ONG ou d'associations.

5) La réalisation des entretiens

5.1) Durée des entretiens

Nous avons convenu d'une durée d'entretien de quarante cinq minutes. La moyenne avérée a été en réalité proche de cinquante minutes.

5.2) Préalable aux entretiens

Après l'envoi du projet de recherche, les sages-femmes étaient contactées soit par voie téléphonique soit par mail. Le sujet de notre étude leur était rappelé et les modalités de l'entretien exposées pour finalement convenir des dates et lieux du rendez-vous.

6) Limites et difficultés de l'étude

Notre approche est qualitative et ne concerne que dix sages-femmes. Le résultat de cette étude ne vise donc pas l'exhaustivité.

Trouver des sages-femmes ayant pratiqué dans cette partie du monde s'est révélé être un exercice délicat et il nous a fallu parcourir de nombreux kilomètres pour pouvoir les interviewer.

Certaines d'entre elles, pour des raisons, soient personnelles soient professionnelles, n'ont pas fait de missions humanitaires depuis plusieurs années, ce qui peut altérer l'instantanéité et la précision des propos recueillis.

L'environnement de certains entretiens (bars, terrasses de café...) ont également pu nuire à la concentration des intéressées.

Quoi qu'il en soit, toutes les sages-femmes interviewées ont été très coopérantes et ont montré même un réel enthousiasme à relater les souvenirs de leurs différentes missions.

7) Grille d'analyse des entretiens

→ **Parcours de vie jusqu'à l'humanitaire**

Le but de cette rubrique était d'établir le profil scolaire et professionnel de la sage-femme jusqu'à son départ.

Parcours scolaire :

Concernant son parcours scolaire, il nous semblait intéressant de connaître l'année d'obtention du diplôme d'Etat afin de voir si les éventuelles modifications de prises en charge sont les mêmes chez une sage-femme exerçant depuis trente ans qu'une autre exerçant depuis cinq ans. La formation des sages-femmes et la technicité ont en effet beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Il nous semblait intéressant de savoir si les éventuelles modifications de prise en charge impactent différemment les sages-femmes les plus expérimentées sur le plan clinique et les sages-femmes récemment diplômées et à la formation plus technicisée.

Parcours professionnel en France avant la 1^{ère} mission humanitaire

L'intérêt de connaître le parcours professionnel des sages-femmes en France avant la 1^{ère} mission humanitaire est de pouvoir retracer leurs expériences et d'en mesurer l'éventuel impact que celui-ci peut avoir sur la décision de faire de l'humanitaire.

Il est en effet intéressant de vérifier si les expériences professionnelles et le contexte dans lesquelles elles se sont déroulées peuvent être un élément déclencheur de la vocation humanitaire ou si elles n'ont au contraire en rien influencé une réflexion ou une décision murie bien en amont.

Lieux et durée de la ou les missions humanitaires :

Le choix des lieux d'intervention, la répétition ou non de ces lieux, le nombre et la durée de chaque mission peuvent être autant de facteurs déterminants des éventuelles modifications de comportements de la sage-femme de retour en France.

→ Démarches et motivations

Pour comprendre les éventuelles modifications dans la prise en charge des patientes, il nous a paru comme essentiel de connaître d'abord les raisons qui amènent à l'humanitaire. Est-ce par pure générosité, par culture ou par simple hasard que l'on fait de l'humanitaire ou que l'on décide d'aller exercé dans telle ou telle partie du monde ou encore que l'on choisit un organisme plutôt qu'un autre.

→ Vie sur place

L'intérêt est ici de mettre en lumière les contrastes des conditions de travail tant au niveau matériel que humain afin de mieux comprendre les éventuelles modifications de prises en charges des sages-femmes au retour en France. La vie en action humanitaire peut être une aventure qui réserve bien des aléas et qui peut forger chaque jour un peu plus le potentiel d'adaptation ; les disparités sont grandes et dépendent bien souvent du lieu de la mission et de son objectif. Cela permet aussi de fixer son rapport à l'autre.

→ Retour en France

On le comprend aisément, on ne revient jamais le même de mission humanitaire. A sa faculté d'adaptation à un environnement différent, l'intervenant doit faire preuve d'une grande connaissance de soi pour assumer tous les choix qu'il va devoir faire dans le cadre de sa mission. Le but est de montrer que le retour peut être paradoxalement une réadaptation encore plus délicate qu'à l'aller: la sage-femme doit orchestrer les acquis de sa mission humanitaire avec les moyens techniques de nouveau à sa disposition imposant une grande rigueur d'organisation et de procédure.

Résultats

1) Profils des sages-femmes

1.1) Etudes de sage-femme (Annexe III)

Les sages-femmes rencontrées ont obtenu leurs Diplômes d'Etat entre 1978 et 2009: deux ont fait leurs études de sages-femmes sur une durée de trois ans, sans passer par la première année de médecine. Deux autres sont rentrées sur concours sans passer par le cursus médecine mais pour une durée de quatre années. Les six autres diplômées entre 2001 et 2009 sont passées par la première année de médecine puis quatre années d'école de sage-femme. Elles sont diplômées de villes françaises diverses (Rouen, Grenoble, Lyon...)

1.2) Parcours professionnel jusqu'à l'humanitaire (Annexe IV):

Avant leur première mission, chaque sage-femme interrogée a eu une expérience professionnelle que ce soit en France métropolitaine ou dans les DOM-TOM. Certaines d'entre elles ont commencé à se former avant leur départ dans certains domaines, en passant des Diplômes d'Etat (DE) ou Universitaire (DU): Catherine passe en 1999 son Diplôme d'Etat (DE) de puéricultrice, Delphine un Diplôme Universitaire (DU) d'ethnomédecine, et Chloé, un Diplôme Universitaire d'action humanitaire. D'autres sages-femmes ont passé des DU entre deux départs en missions humanitaires comme Adeline et Lucie qui ont obtenus un DU de médecine tropicale.

1.3) Parcours humanitaire (Annexe V)

La plupart des sages-femmes ont diverses expériences plus ou moins longues dans l'humanitaire. Les expériences citées sont basées sur les missions effectuées en Afrique de l'Ouest (ou à proximité) sur des durées allant de quinze jours à deux ans. Chaque sage-femme a une expérience différente dans l'humanitaire, avec parfois un seul départ (comme Louise et Alice), ou des départs assez fréquents, sur des durées plus variables, et à des périodes plus ou moins rapprochées. De plus, pour certaines sages-femmes comme Louise, la mission humanitaire remonte à quelques années. Cela peut ainsi générer des différences concernant le retour en France, par rapport à d'autres sages-femmes dont le dernier départ est beaucoup plus récent.

2) Démarches et motivations

2.1) Travail dans l'humanitaire

L'humanitaire est pour toutes un choix d'origines diverses. En effet, deux des dix sages-femmes sont arrivées à l'humanitaire influencées par des expériences personnelles: Pour **Catherine** il s'agit d'une *«trajectoire familiale»*. Ses parents faisaient parti d'une association de parrainage entre une ville de Normandie et une ville du sud du Sahel, au Burkina Faso. Après avoir vu des photos, entendu des récits sur les maternités, les accouchements, elle décide de remplacer ses parents. **Florence**, vit au Nigéria quelques mois avec ses parents à l'âge de 8 ans, âge où elle décide de vivre en Afrique *«quand elle serait grande»*.

Trois sages-femmes avaient déjà ce projet depuis leurs études: **Chloé** voulait faire de l'humanitaire et *«savait que le métier de sage-femme le permettait»*. Même chose pour **Adeline** qui depuis le lycée *«voulait voir autre chose»*. **Lucie** a fait la première année de médecine pour cela, car pour elle, travailler dans les deux hémisphères est une chance : *«c'est important d'alterner les deux façons de travailler»*. Elle a d'ailleurs fait un stage au Cameroun pendant ses études de sage-femme.

Pour deux autres sages-femmes, l'humanitaire est un projet de longue date, mais c'est via des éléments extérieurs qu'elles décident de partir: **Delphine** savait qu'elle voulait partir travailler à l'étranger mais c'est la rencontre avec l'association Passeport Pour Une Naissance (PPUN) qui fût l'élément déclencheur de son premier départ. **Caroline**, elle, souhaitait partir en mission humanitaire depuis son enfance: *«c'est ce que j'ai toujours voulu faire»*, mais c'est après un événement personnel qu'elle décide de partir: *«j'ai fait une remise au point des priorités»*. Elle a eu, pendant sa troisième année à l'école de sage-femme, l'occasion de partir faire un stage en Tunisie pour un mois.

Louise et **Alice** avaient simplement envie de travailler à l'étranger après leurs diplômes.

Concernant **Romain**, c'est en regardant une série médicale dans laquelle un des médecins part en Afrique monter un dispensaire qu'il a eu le *«déclat»*.

2.2) Afrique de l'Ouest

Même si la plupart des sages-femmes rencontrées ont depuis longtemps le projet de faire de l'humanitaire, le fait de partir en Afrique de l'Ouest est un hasard pour toutes: «*On ne choisit pas sa destination de mission, on peut juste dire là ou on voudrait ne pas aller, et encore...*». Par exemple, **Chloé** s'était d'abord vu proposer une mission au Pakistan qu'elle a accepté après une longue réflexion. L'organisme voyant son hésitation, l'a finalement redirigée vers le Congo. **Delphine** s'était inscrite dans une faculté d'espagnol pour partir en Amérique de Sud et est finalement partie au Sénégal. **Caroline**, ne voulait surtout pas partir au Libéria: «*Je me disais: faut absolument pas que j'aille au Libéria sa craint trop!*». Trois semaines après son entretien, elle était dans l'avion: direction Monrovia (capitale du Libéria).

2.3) Choix de l'organisme (annexe V)

Pour certaines sages-femmes, le choix de l'organisme a été un hasard. Pour d'autres, il a été influencé par leur réseau social ou par des convictions personnelles. Trois sages-femmes avaient tout de même une préférence pour les «*grosses ONG*».

C'est un hasard pour **Louise**, **Caroline Florence** et **Romain**, car leurs organismes de départ de était le premier à avoir donné une suite favorable à leur candidature.

Trois des sages-femmes étaient déjà plus ou moins en lien avec leur organisme de départ: **Catherine** via ses parents, **Alice** via ses amis et **Chloé** via son mémoire sur les femmes Roms (41) et sa sœur travaillant dans l'organisme.

Pour **Adeline** et **Delphine**, c'est par le biais de rencontres qu'elles ont déterminé leurs choix.

Lucie a choisi l'organisme le plus proches de ses convictions: «*MSF correspondait éthiquement à mes idées et à ce que j'attendais de l'humanitaire*».

2.4) Démarches

2.4.1) Administratives :

Sept des dix sages-femmes étaient en contrat à durée déterminée (CDD), ne souhaitant pas se fixer géographiquement : leur départ s'effectuait donc entre deux contrats. Deux ont fait des demandes de disponibilités pour convenances personnelles et une autre partait sur ses congés annuels d'où la durée plus courte de ses missions.

2.4.2) Médicales

Pour les ONG telles que MSF et MDM, une visite médicale à l'Institut Pasteur est obligatoire. Ainsi Caroline, Chloé, Adeline, Romain, et Lucie en avaient bénéficié avant leur départ avec ces ONG. Cette visite comprend la vérification et remise à jour des vaccins nécessaires pour le départ, un bilan sanguin complet et, si nécessaire, la remise d'un traitement antipaludéen, le tout pris en charge par L'ONG. **Louise**, partie en 1989 avec MDM n'avait pas eu cette visite.

Alice partie en 2008 avec la DCC, a passé une visite médicale où lui a été remis un certificat d'aptitude d'outre-mer.

Pour les départs avec l'association PPUN, aucune visite médicale n'est nécessaire au départ, les démarches sont alors personnelles. Il en est de même pour l'association avec laquelle **Catherine** s'est rendue au Burkina Faso. L'association demande juste aux professionnels s'ils ont des problèmes de santé mais aucune preuve n'est requise.

Florence partie en 1995 avec AMI n'a pas évoqué de visite médicale avant son départ.

2.4.3) Démarches personnelles

Au moment des entretiens, **Chloé** et **Lucie** nous ont dit spontanément qu'elles étaient chacune en couple au moment des départs. **Chloé** dit: *«J'étais prête à partir, j'avais prévenu mon copain que c'est comme ça que ça allait se passer.»* L'ami de **Lucie** l'avait suivi deux ans dans les DOM-TOM mais n'était pas intéressé par l'humanitaire: *«il comprend que c'est un choix personnel.»* Pour les huit autres sages-femmes, le sujet n'a pas été évoqué.

En matière de logement, **Lucie** a récemment acheté une maison en Bretagne et affirme: «*c'est beaucoup plus simple de savoir où rentrer à chaque fois*». **Chloé**, en couple au moment du départ au Congo, n'avait pas de problèmes de logement. Pour **Catherine** qui partait sur ses congés annuels, le problème de logement ne se posait pas. **Delphine**, partie la première fois en 1998, avait gardé son appartement de la région parisienne, contrairement à **Alice** partie deux ans au Cameroun. **Louise** pendant son année au Mali, avait sous-loué son appartement. **Caroline** et **Florence** vivaient chez leurs parents au moment de leurs départs. **Romain, Adeline et Lucie** logeaient chez des amis ou de la famille, entre les différents CDD dans les DOM-TOM, en France métropolitaine et les missions humanitaires.

3) Mission sur place

3.1) Objectif de la mission

Seule **Florence** a fait une mission humanitaire d'urgence: elle partait au Mali dans un camp de rapatriés Touaregs fuyant les massacres, pour assurer les soins avec une radiologue faisant fonction de médecin généraliste. Elle a effectué ainsi beaucoup de médecine générale et infantile. N'existant pas «d'accoucheuses traditionnelles» chez les Touaregs, aucune femme ne voyait l'intérêt de venir la consulter pour les accouchements. Elle décide alors de demander à chaque ethnie existante chez les Touaregs de désigner une femme afin de la former.

Les missions effectuées par les sages-femmes étaient donc surtout des missions de développement. Elles consistaient surtout à la formation du personnel local, à du management logistique et à des préventions/éducations à la santé.

Au Libéria, **Caroline** participait à la réouverture de centres de santé. L'équipe comprenait un médecin, une infirmière, une sage-femme et un logisticien. La mission avait aussi pour objectif de mettre en place des suivis de grossesses et une formation des sages-femmes et des TBA (Tribute Birth Assistant). La mission de **Louise** au Mali, consistait à évaluer le niveau de formation des matrones, en se déplaçant dans différents centres de santé: «*voir ce qui était acquis où non*». **Alice**, au Cameroun, travaillait avec l'équipe locale de la maternité ainsi qu'à la formation du personnel: «*on travaillait sur la qualité et la rigueur des soins*.» Même chose pour **Adeline** au Tchad, qui avait le sentiment qu'un travail auprès des sages-femmes locales était nécessaire. Selon elle, «*la*

mission était, assez compliquée car dans ce pays, les sages-femmes ont un niveau très bas... par exemple, elles prenaient la température à des bébés morts...». Delphine, au Sénégal, avait aussi pour objectif de former les sages-femmes locales: celles-ci ayant peu de «droits», il était important de leur apprendre les gestes de bases comme par exemple l'intérêt de retenir la tête de l'enfant puisque les sages-femmes n'ont pas le droit de suturer. En parallèle, sa mission consistait à mettre en place des lits de grossesses pathologiques et de: suites de couches afin d'assurer une surveillance minimum des femmes après leur accouchement. Catherine, au Burkina Faso, faisait beaucoup d'éducation à la santé, en rencontrant des matrones de brousses, qui venaient à sa rencontre en voiture ou parfois après trois ou quatre jours de marche. Les sujets abordés étaient variés, comme par exemple l'utilité des gants ou encore des campagnes sur l'excision. Les missions de Romain et Chloé au Congo, comprenaient une partie de supervision des sages-femmes locales mais aussi une partie de supervision plus logistique dans le but de rendre autonome l'équipe. Chloé a aussi fait une évaluation des centres de santé voisins sur les prises en charges des grossesses en pré, per et post-partum. Enfin, la mission de Lucie était un projet SIDA existant déjà depuis huit ou neuf ans. La mission consistait à mettre en place des PTME (Programme de Transmission de la Mère à l'Enfant) à l'hôpital et dans cinq centres de santé. Son travail consistait à adapter les services à la prise en charge des patientes VIH et former le personnel dans ce domaine. Elle était la première sage-femme sur le projet et nous dit: «... comme dans beaucoup d'endroit, on avait complètement oublié que la moitié des patientes pouvaient faire des enfants...»

3.2) Journée type

Les journées des professionnels étaient très diverses et une journée type est difficile à décrire. De plus, de nombreux aléas comme la présence d'électricité ou encore d'eau pouvaient rendre plus difficile le déroulement des journées.

Pour Florence et Delphine, habitant sur le lieu de la mission (camps de rapatriés pour Florence et Hôpital pour Delphine) elles étaient de garde «7 jours sur 7 et 24h sur 24». Afin d'assurer les soins nécessaires aux différentes ethnies habitant le camp et d'éviter les différences entre elles, Florence a monté un dispensaire «en dur» où chaque jour, défilaient plus de cent patients. Delphine, au Sénégal, assurait la formation des sages-femmes, à la fois en consultation et en salle de naissance. Chloé et Caroline

en mission au Congo et au Libéria, avaient des horaires de jour. Les journées débutaient aux alentours de huit heures. **Chloé** se rendait tout d'abord aux transmissions de l'équipe de nuit de la maternité puis au Staff où étaient présentés les cas présents ce jour. Après, elle allait dans les différents services répondre aux éventuelles questions des équipes. Ces après-midis étaient composés de réunions, d'urgences en salle de naissance et elle précise: *«De toute manière, on faisait tellement d'accouchement que les salles étaient toujours prises, et c'est vrai que toi, tu as tellement une notion de qualité du travail qui est pas la même, que tu restes en salle pour donner un coup de main... »*. **Caroline**, elle, partait tous les jours avec une petite équipe pour rouvrir des centres de santé, chaque jour plus éloigné de la base de vie située à Banga, sur une journée à chaque fois: *«Souvent ça faisait beaucoup d'heures de route sur la journée, rester deux à trois heures sur place et puis... respecter les couvre-feux»*. **Chloé** et **Caroline** avaient des couvre-feux à la tombée de la nuit marquant obligatoirement la fin de leurs journées. **Chloé** pouvait parfois être rappelée dans la nuit en cas de complications: *«Il y avait des médecins de garde donc c'est pas moi qui gérait ça... bon, si il y avait des cas compliqués, je venais quand même, parce qu'on recevait des trucs de dingues »*.

Catherine, Louise et Lucie faisaient aussi des horaires de journées mais n'avaient pas de couvre-feux.

Catherine recevait chaque jour des matrones des environs et abordait des sujets concernant les femmes. Elle faisait aussi des missions de diffusion de médicaments: l'association les achetait et les distribuait dans les centres de santé.

Pour **Louise** qui se déplaçait dans différents centres de santé, une journée type est également difficile à décrire. Selon elle, *«Ca pouvait être une journée consultations femmes enceintes, un petit peu comme... pas du tout comme ici par contre (rire), une journée consultation pour les enfants ou encore des visites de case maternité.»* **Lucie**, avec sa mission VIH, avait aussi des activités variées avec des après-midis à l'hôpital deux fois par semaine et le reste du temps dans les centres de santé. Elle travaillait beaucoup sur les consultations. Ses journées débutaient à huit heures trente jusqu'à environ dix sept heures. S'il y avait de l'électricité, un gros travail personnel se poursuivait à son domicile, comme la préparation de formation, beaucoup de réactualisation de connaissances sur le VIH malgré le DU de médecine tropical: *«Pour être sûre de pas dire de conneries, parce qu'on attendait vachement de moi... si on*

m'envoyait sur une mission SIDA c'est que je m'y connaissais... Au début je pense que pendant 1h tous les soirs c'était du cours....». Investie auprès de ses collègues et considérée comme une référente, **Lucie** s'était donné l'objectif d'introduire la roulette afin de réaliser des datations précises de grossesse et d'optimiser les prises en charge des patientes séropositives. Pour elle: *«c'est un enjeu énorme dans la prise en charge VIH, si tu te plantes de semaines... soit tu es pas efficace, soit tu fais des fœtopathies.»*

Romain et Adeline au Congo et au Tchad, faisaient des gardes de douze heures. Au Congo pour **Romain**, les gardes de jour étaient de sept heures trente à dix neuf heures trente et les gardes de nuits, où il se rendait avec un chauffeur (interdiction de se déplacer seul la nuit) de dix neuf heures à sept heures. Ayant pour objectif la formation et supervision des sages-femmes locales, il allait dans les différents services, et venait prêter main forte si un cas difficile se présentait.

Adeline avait des gardes de six heures trente à dix huit heures trente, du lundi au samedi avec interdiction de travailler la nuit: *«On nous téléphonait uniquement pour un conseil, une attitude à suivre devant un quelconque problème.»*

3.3) Moyens

Les équipes pendant les missions étaient principalement composées de gens locaux. En effet, le but des associations ou des ONG principalement cité est de ne surtout pas prendre la place des locaux. **Chloé** précise : *« On n'était surtout pas là pour les remplacer mais pour ne plus faire venir d'expats».* Dans les pays d'Afrique de l'Ouest, on trouve souvent des sages-femmes (ayant un diplôme) et des matrones, femmes ayant un certains âges sans formation particulière mais ayant les mêmes fonctions que les sages-femmes. On trouve également des *«infirmiers accoucheurs»* nommés différemment selon les pays. La plupart des médecins quand il y en a, sont des locaux, sauf dans la mission d'**Alice** au Cameroun où beaucoup de médecins étaient des occidentaux: par exemple, les césariennes étaient réalisées par un chirurgien hongrois cardio-pédiatre de formation ou par un chirurgien brésilien. Dans certains pays, un interprète était présent pour pallier aux éventuelles difficultés de compréhension comme au Libéria (anglais libérien) ou au Mali (Bambara).

Au niveau matériel, les sages-femmes possédaient des tables d'accouchements, souvent rudimentaires mais évitant aux patientes d'accoucher à même le sol. Les kits

d'accouchements étaient souvent fournis par les organismes de départ. Ils étaient composés de quelques pinces, quelques compresses et quelques fils. Une notion d'économie du matériel est mise en avant car le stock n'était pas infini, que le matériel avait un coût et parce que dans certains pays comme au Cameroun, le matériel utilisé était au frais de la patiente. Comme le cite **Alice**: *«Il y avait cinq compresses dans le set d'accouchement, et si tu avais besoin de compresses supplémentaires, elles étaient facturées, pareil pour les fils»*. Il en était de même pour les soins prodigués: *«Tu sais que quand tu prends une décision de césarienne... moi j'ai des patientes qui sont restées hospitalisées deux mois parce qu'elles n'avaient pas fini de payer !»* Le matériel n'était pas à usage unique : les sondes urinaires, les gants, les kits d'accouchements, les ventouses etc étaient soit renvoyés à la stérilisation s'il y en avait une ou stérilisés par le personnel *« à l'eau bouillie »* ou autres moyens.

Pour la surveillance de la bonne vitalité fœtale, seules deux des dix sages-femmes avaient un monitoring ou un doppler à leur disposition. Cependant, ils étaient rarement utilisés faute d'électricité ou de piles. Ainsi, toutes utilisaient le stéthoscope de Pinard, comme on le faisait en France dans le passé. L'échographie était quasiment absente sauf dans l'hôpital où **Alice** exerçait. Les patientes avaient une échographie pendant leur grossesse par un médecin gastro-entérologue de formation qui acceptait de les faire, Alice n'en n'ayant pas la possibilité: *«Moi-même je n'aurai pas pu en faire, d'une part parce que j'étais pas formée et parce qu'on me laissait pas accès à l'appareil...»* Les voies d'abord veineuses n'étaient pas non plus systématiques. **Romain** ajoute: *«c'est souvent les sages-femmes expats ou superviseur expat qui avaient tendance à dire....»*. Les césariennes étaient parfois possibles si la structure était dotée d'un bloc opératoire. Les décisions de partir en césarienne pouvant être très longues à prendre, les sages-femmes les évitaient tant que possible. Concernant les extractions instrumentales au moment de l'accouchement, on retrouvait souvent des ventouses réutilisables, et des forceps plus rarement utilisés car le personnel n'y était pas toujours formé.

Les examens sanguins étaient rares par absence de laboratoire. S'il y en avait un, seuls quelques bilans étaient réalisés comme le dépistage du VIH ou encore de la Syphilis.

Du côté du nouveau-né, le matériel reste aussi rudimentaire avec une table où poser l'enfant, une toise ou un mètre ruban pour le mesurer et une balance pour le peser.

En cas de réanimation, les sages-femmes disposaient dans la majorité des cas, du matériel nécessaire pour l'aspiration des sécrétions, d'un ballon à ventilation, et d'une bouteille d'oxygène. **Chloé** précise: *«On réanimait, mais si on sentait qu'il était pas viable... on arrêtait. Mais bon, on a quand même sauvé des bébés hein !»* ou encore selon **Lucie**: *«Tu es là pour sauver la mère, s'il y a un enfant vivant voilà c'est génial, mais sinon on va pas s'exciter, enfin dans les endroits où j'ai travaillé. C'est pas pareil partout.»*

Enfin au niveau des médicaments, les sages-femmes disposaient de quelques antibiotiques, d'antipaludéens, de quoi tarir une éventuelle hémorragie de la délivrance, de produits désinfectants. Tous ces médicaments étaient soit trouvés localement, soit apporté par les ONG ou les associations.

3.4) Ressenti

Souvenirs

Les meilleurs souvenirs évoqués sont majoritairement d'ordres relationnels et professionnels.

Côté relationnel, **Adeline** parle *«des gens et de leurs accueils là-bas»* que ce soit avec les soignants comme les patients.

Catherine et **Louise** évoquent surtout la richesse des rencontres avec les sages-femmes locales, caractérisées selon elles, par une grande proximité et une grande complicité. **Lucie**, elle, se ravit toujours de recevoir des lettres de sages-femmes des maternités de Conakry. **Caroline** a été beaucoup marquée par, précise t-elle : *«Les moments en équipe ! Il y avait aussi des moments difficiles parce qu'on avait pas d'électricité, pas d'eau courante là ou on vivait, mais oui, l'intérêt des gens au projet, les enfants, les réouvertures de centres...»*

Pour le relationnel avec les patientes, **Delphine** se souvient en avoir accompagné une femme durant vingt huit heures jusqu'à ce qu'elle réussisse à accoucher. Pour **Chloé**, c'est le fait d'avoir tenté de soulager au mieux et par le toucher, la douleur d'une femme ne parlant pas la même langue: *«C'était super chouette, d'être présente et...de sentir que tu lui faisais du bien... même si on avait une différence culturelle.»*

Côté professionnel, **Alice**, **Romain** et **Florence**, se souviennent surtout des sauvetages d'enfants. **Romain** se souvient avoir tenté des réanimations sur des nouveaux nés: «*Rattraper des bébés par les cheveux, te préparer à faire une réanimation casse gueule... les bruits du cœur au stéthoscope sont pourris, tu penses que tu vas accoucher un bébé mort... Tu le sors et tu te dis: faut que j'essaie, et là... il revient (grand sourire).*» **Alice**, elle, avait pris en charge un enfant avec une infection cutanée généralisée sans grande espérance de vie mais qui a survécu: «*Je sais pas, il s'en est sorti à coup de transfusions et de perfusions d'antibiotiques...*». Le meilleur souvenir de **Florence** est au centre de nutrition qu'elle avait ouvert pendant sa mission au Mali: «*C'est Macaroni. C'est un petit garçon qui était arrivé dans un état catastrophique.... On a réussi à le faire remanger en lui donnant des macaronis...*»

Les pires souvenirs sont souvent professionnels et multiples. Ils touchent souvent les décès maternels ou fœtaux. Au Tchad par exemple, **Adeline** raconte qu'il y avait environ trois décès maternels par mois: «*C'est des trucs affreux, tu as du mal à t'en remettre !*» Les causes de décès retrouvées sont l'éclampsie (crise généralisée de convulsions tonico-clonique compliquant la pré-éclampsie), les infections et les hémorragies. **Lucie** et **Chloé** parlent d'ailleurs avec émotion de leur première mort maternelle par hémorragie. **Delphine** évoque aussi de nombreux décès par rupture utérine et de difficultés aux décisions de césarienne: «*Si le médecin était rentré chez lui, et bien, pas de césarienne.*» **Romain**, **Louise** et **Florence** ont des souvenirs difficiles concernant les nouveaux nés. **Romain** dit avoir «*Décapité un fœtus. C'était un siège, rétention de la tête et là je panique.... On avait tout essayé, les manœuvres...et au lieu d'attendre, j'ai paniqué et j'ai décapité le fœtus*». Cet événement fut une grosse remise en question pour lui: «*Qu'est ce que je suis amené à faire dans ce pays ?*» se demande t-il. **Louise** nous dit avoir vu un infirmier qui, pour sortir un gros enfant, le prend: «*petits morceaux par petits morceaux... C'est lui qui l'a fait, moi j'aurai pas pu le faire !*» Même chose pour **Florence** qui, pour sauver la vie de sa patiente dont le fœtus ne s'engageait pas dans le bassin et n'ayant pas de possibilité de césarienne, à dû trouver la boîte crânienne de l'enfant pour le sortir: «*J'avais même pas de Forceps, j'avais rien ! Donc le seul moyen, c'était de faire un trou dans la tête pour réduire les dimensions du crâne et le sortir...*». Pour **Florence**, ce souvenir difficile reste néanmoins positif. Elle avoue: «*C'est un souvenir horrible mais aussi un truc magnifique, parce qu'elle m'a dit merci ! Elle m'a remerciée parce qu'elle savait qu'elle allait y passer.*» Enfin, **Caroline** en mission au Libéria nous dit ne pas avoir eu

«*d'incidents sécurités*» mais garde de mauvais souvenirs notamment d'avoir travaillé avec des gens armés, et avoir dû passer des check-points. Les anecdotes des sages-femmes sont tout autant diverses. (Annexe VI)

3.5) Rapports à la population

Nous avons remarqué que les sages-femmes gardent toutes un très bon souvenir de leur intégration avec les populations locales. Comme le cite **Romain**: «*Ils sont très accueillants ! On travaille pour MSF et MSF a déjà travaillé dans cette région là pendant plusieurs années donc on est bien accueillis !*» Ou **Florence** qui cite: «*Si tu vas à Ti-n-Zaouaten aujourd'hui, je suis sur qu'ils se souviennent très bien de Florence et de Anne !*»

Toutes ont essayé d'apprendre la langue locale des pays où elles se trouvaient comme **Adeline** au Tchad: «*Quand tu sais parler un petit peu leur langue, ils apprécient.*»

La solidarité envers et entre les locaux est relevée par plusieurs sages-femmes, notamment **Florence** et **Chloé**: «*Au niveau alimentation, on mangeait comme les gens, à la seule différence que nous, on avait à manger à tous les repas !*» **Alice** a été beaucoup marqué par la solidarité des patientes entre elles: «*Si l'une manquait, de savon par exemple, elle lui passait le sien... Il n'y avait pas d'indifférence entre les gens*».

La différence de couleur était uniquement une source de curiosité, et les patientes venaient consulter les sages-femmes sans méfiance particulière, habituées à voir des occidentaux: «*Ils savent qu'on est là pour soutenir ce qui se vit localement...*» nous dit **Alice**. **Catherine** nous confit même son surnom au Burkina: «*Blanche noire, noire dedans, blanche dehors*».

Pour **Romain**, le fait qu'il soit un homme ne lui a pas posé de problèmes: «*Elles étaient surprises, mais... beaucoup de fois on m'a appelé docteur...*» C'est au niveau de ses collègues qu'il a eu quelques remarques, mais jamais péjoratives: «*Ah oui, je savais que ça existait !*»

Les quelques difficultés rencontrées étaient relatives à la culture d'accueil. **Adeline** au Tchad, a eu quelques difficultés avec la religion musulmane : «*Certains*

hommes veulent pas te serrer la main parce que tu es une femme, ils vont serrer la main à ton collègue.» Au Tchad, l'accord du conjoint est indispensable pour pouvoir pratiquer des soins sur sa femme. **Adeline** ajoute: *«Ma principale difficulté au Tchad, c'était de devoir obtenir l'accord du mari quand il y avait un gros problème pour la survie de la maman ou du bébé et qu'une césarienne ou une transfusion était nécessaire. Il fallait chercher le mari et il pouvait refuser.»* **Romain** en mission au Congo raconte aussi: *«Une jeune fille venait pour savoir si elle était enceinte. Comme elle était en début de grossesse apparemment, la sage-femme a fait tout l'examen et a dit : je ne te dis pas si tu es enceinte, parce que si je te le dis, tu vas avorter...»* **Florence** a rencontré quelques difficultés chez les Touaregs au Mali car les femmes ne comprenaient pas l'intérêt de venir la rencontrer. Après quelques temps, elle a réussi à se faire connaître et accepter: *«Les femmes m'appelaient, j'avais fait ma petite caisse de bric et de broc et puis je faisais des accouchements sous la tente... à même le sable, vu qu'elles ne voulaient pas venir accoucher au dispensaire... après on m'appelait assez facilement.»*

Pour **Lucie**, il n'y a pas vraiment de barrière culturelle: *«Je suis peut être une grande utopiste, mais moi, je crois pas qu'il y ait de barrière culturelle où que ce soit. Je crois que la culture c'est la musique, c'est la langue, la culture c'est...la façon dont tu t'habilles, c'est la façon dont tu vis en famille...»* **Lucie**, elle, a eu un choc culturel lors de son retour en France : *«Moi, j'ai eu un choc culturel en rentrant et je pensais pas l'avoir, vraiment... et je pense l'avoir assez mal vécu (sourire)».*

4) Retour en France

4.1) Réadaptation personnelle (Annexe VII)

Que ce soit pour les missions de courtes durées comme celles de **Catherine** ou les longues missions comme celle d'**Alice**, le retour en France est souvent difficile. Comme le cite **Lucie**, *«Le problème en humanitaire, c'est pas partir, c'est rentrer.»* Même si beaucoup de sages-femmes sont heureuses de retrouver leurs proches ou leurs petites habitudes de vie, la réadaptation personnelle n'est souvent pas évidente. Pour **Alice**: *«Il a fallu que je m'habitue... et revenir en France... En fait j'ai l'impression d'avoir refait tout ce chemin que j'avais fait en arrivant au Cameroun... De me sentir en décalage alors que c'est mon pays d'appartenance, donc c'était vraiment bizarre.»*

Il faut alors se réhabituer à la vie Française, à son rythme, aux Français et plus particulièrement à leurs comportements. C'est le sentiment qu'avait **Romain**: *«quand tu vois les gens dans le métro ou les gens dans la rue qui se prennent la tête pour des conneries tu te dis... (soupir)»*. Il faut aussi se réadapter aux gestes de la vie quotidienne, comme faire les courses ce qui n'était pas forcément évident pour toutes les sages-femmes. Une période d'adaptation plus ou moins longue était nécessaire tant les habitudes de la vie quotidienne avaient été bouleversées pendant les missions. Comme le dit **Florence**: *«Si il y a une conclusion que je peux tirer de ces dix années, c'est qu'on peut s'habituer à tout, on peut survivre à tout, à dormir par terre, à bouffer de la viande avariée avec des asticots dedans... tu peux t'habituer à tout !»*

4.2) Réadaptation professionnelle

Le retour dans la vie professionnelle n'était donc pas non plus chose évidente, d'une part parce qu'en fonction des conditions de départ, toutes les sages-femmes ne retrouvaient pas forcément immédiatement un poste, et d'autre part parce qu'il fallait s'adapter de nouveau aux structures Françaises et à leur fonctionnement. **Lucie** parle ironiquement de son retour de Guinée *«soit tu étais en CDI, tu avais pris ta dispo, tu sais quand tu vas rentrer pour travailler et tu as déjà une sécurité financière que tu n'a pas forcément quand tu es en CDD... parce que tu touches pas forcément le chômage et parce que MSF c'est pas du travail !»*

Même si comme le dit **Florence** *«c'est comme le vélo, ça s'oublie pas»* revenir aux prises en charges Françaises des patientes, dans un environnement beaucoup plus technique et anonyme n'était pas non plus chose facile. **Alice**, elle, disait avoir: *«l'impression d'être rentrée dans l'industrie de l'accouchement !»* Quittant son hôpital du Cameroun où elle connaissait tout le monde: *«Du prénom de la dame qui faisait la blanchisserie à la dame qui faisait la comptabilité...»*, elle rentre dans une structure pratiquant trois milles deux cent accouchements par an, avec un turn-over important. Elle était très angoissée: *«Ce qui était fou finalement, parce que j'ai appris à travailler avec des conditions beaucoup plus difficiles, et l'environnement médical m'a angoissé plutôt que rassuré... ça a mis du temps pour que je me sente bien au travail (silence)»*. En plus des chamboulements des habitudes personnelles, les habitudes professionnelles ont aussi été modifiées. Ceci a nécessité chez **Lucie** notamment, beaucoup de remise en question: *«Tu changes aussi toute ta façon de réfléchir et de*

travailler... Tu arrives à être une sage-femme qui s'en fout de savoir si le bébé va être vivant ou pas.... (Silence). Tu vois, tu as changé...».

La notion de gaspillage est évoquée notamment par **Alice** et **Romain**: *«Je me souviens quand je suturai des épisios et des déchirures... avant de partir j'utilisais deux ou trois paquets de compresses et je disais : oui j'ai besoin de ça pour bien travailler. Maintenant je fais gaffe à ce que je fais !»*

Pour plusieurs sages-femmes c'est au niveau relationnel que des difficultés ont été ressenties tant au niveau des équipes qu'au niveau des patientes.

Concernant les relations avec leurs différents collègues, un décalage est souvent cité par les sages-femmes au retour de leur mission. **Lucie** par exemple ne dit plus qu'elle travaille dans l'humanitaire: *«Tu peux pas rentrer dans un hôpital sans que tes collègues sages-femmes te demandent ce que tu faisais là-bas... Ici, tu es là pour faire des accouchements, pour faire des trucs physiologiques, alors que là bas, tu prenais que des patientes avec le VIH et tu allais faire tes manœuvres...»* **Lucie** évoque aussi un idéalisme de l'humanitaire de la part de ses collègues: *«Il y a un espèce de fantasme du médecin humanitaire, tu sais avec son sac à dos, et qui va faire naître des petits africains... et ces petits africains ils sont gentils, ils ont rien mais ils donnent tout ! Voilà ! Et c'est ça, ici... Moi j'arrête de dire que je fais de l'humanitaire... (rire)».*

Pour **Romain**, la réadaptation professionnelle a été difficile que ce soit du côté des soignants ou de celui des patientes: *«Les patients et les professionnels font la gueule tout le temps... Il y en a qui devraient être contents de travailler avec du bon matériel et de pouvoir soigner les gens correctement. Les patients aussi devraient être contents d'être soignés correctement et tout le monde fait la gueule... incroyable !»* Selon **Romain**, les prises en charges des patientes se suivent et se ressemblent: *«Les médecins qu'en ont rien à foutre, qui font ça à la chaîne, les sages-femmes qu'en ont rien à foutre non plus, ça fait quarante ans qu'elles bossent, elles attendent qu'un truc, c'est leur RTT ou leurs vendredis soirs, c'est dur !»*

L'exigence des patientes vivant en France est aussi souvent relevé par les sages femmes notamment **Romain** qui rajoute: *«Tu leur donnes un bébé en bonne santé..., tu t'es arrangé pour que ta patiente soit à l'aise, confortable... et à la fin elle te dit: remonte moi mon oreiller, il me faut un verre d'eau... on n'est pas à l'hôtel !»* **Catherine** insiste aussi sur la qualité des prestations que les patientes attendent: *« on est*

hyper exigeant en France ! On veut tout, elles veulent tout. Il faut bien manger, que les murs soient beaux, la déco... tout est très superficiel... moi, j'ai souvent besoin de les recentrer en leur disant: bon vous allez bien, votre enfant va bien, tout va bien.»

4.3) Modifications éventuelles de la pratique professionnelle

A l'exception de trois sages-femmes, toutes ont vu une modification plus ou moins grande de leur sens clinique et/ou de leur dextérité après leurs missions grâce aux sages-femmes ou matrones locales: *«J'ai tout appris d'elles ! Surtout au niveau clinique.»* Dit **Adeline** ou encore **Catherine**: *«Je suis très admirative de leur clinique. Nous, il y a beaucoup de clinique qu'on a plus, les jeunes sages-femmes n'ont plus de clinique, excuse moi hein! (rire)*

On retrouve dans sept entretiens cette amélioration du sens clinique versant obstétrical par le développement du toucher, de la palpation, notamment pour les examens du bassin, les diagnostics de présentations fœtales (présentation céphalique ou siège) ou des variétés (orientation de la tête du fœtus). *«Quand tu as un doute, tu as pas d'appareil d'écho et tu es obligé d'utiliser la clinique !»* dit **Lucie**. En France, elle s'oblige par exemple à pratiquer des échographies (contrôle de présentations, de variétés...) pour ne pas oublier cette pratique.

Les sages-femmes ont également cité une augmentation de leur attention sur les paramètres cliniques des femmes, comme le pouls, la tension, la température. Au niveau obstétrical, elles accordent une attention plus particulière aux hauteurs utérines faute de terme de grossesse précis pendant leur mission. **Caroline** par exemple, ne traite plus systématiquement une patiente sans associer technique et clinique : *«au retour, ça aide à prendre du recul par rapport aux situations, faut pas se dire qu'on va donner du fer à toutes les femmes qui sont à 9.5 d'hémoglobine quoi, tu regardes les conjonctives, les urines...»* **Romain** nous dit prendre du recul devant un résultat de bilan: *«... J'ai tendance peut être à être un peu plus laxo sur certaines choses ou tout le monde s'excite, genre des CRP à 10... oui et bah on recontrôle dans quelques heures, tranquille mais je fais beaucoup plus attention aux paramètres pouls, tension, température, à l'état clinique de la patiente... »*

Pendant les missions, beaucoup des sages-femmes ont développé leur dextérité avec pour toutes une utilisation du stéthoscope de Pinard, une maîtrise de certaines

manœuvres obstétricales faute de professionnels locaux formés. **Chloé** se souvient: «*un jour le bloc était occupé. On avait une présentation de la face avec un menton postérieur, et j'avais vu dans le bouquin de MSF qui disait en gros si tu as pas de bloc et que tu as une face et bien retourne ton bébé, j'ai essayé de le retourner, il expliquait la technique...*». **Caroline** mentionne aussi qu'elle a beaucoup développé sa dextérité dès son stage en Tunisie en 3^{ème} année de ses études de sages-femmes, qui selon elle, l'a aussi beaucoup aidé pour sa pratique en France: «*Il y avait un monito, vingt cinq patientes en travail en même temps, moi je faisais huit accouchements par garde, ma collègue, elle en faisait huit aussi et il y avait encore huit sages-femmes, c'était énorme... Donc voilà, les jumeaux je les ai fait là-bas, les 5 kg sur périnée intact...*»

Au niveau des prises en charges, la notion d'accompagnement de la douleur apparaît plusieurs fois. Les sages-femmes revenant de missions se sentent beaucoup plus à l'aise sur le travail de femme sans péridurale (étant toujours inexistante pendant les missions).

Enfin, la notion de confiance en soi est retrouvée au cours des entretiens avec une gestion différente des priorités et une meilleure gestion de l'urgence. Après avoir traverser des situations parfois très graves ou urgentes avec souvent peu de matériel, les sages-femmes avouent souvent avoir plus confiance en elles et être moins stressées, surtout avec beaucoup de matériel et de professionnel à disposition: **Lucie** cite: «*Un liquide amniotique va pas me faire peur à moins que j'ai des bouts dedans...enfin c'est bon, des délivrances artificielles, des révisions utérines où les femmes perdent 800cc en une minute, j'en ai fait des quinzaines, je m'en fous de l'hémorragie de la délivrance...*». Les sages-femmes disent être aussi beaucoup plus à l'aise avec les réanimations des nouveau-nés. **Chloé**, en mission au Congo explique : «*tu as moins peur... les prises en charges de réa bébé, tu es au taquet, tu sais qu'il faut faire tac tac tac, parce que t'as formé des gens...*».

Le problème rencontré est parfois la difficulté à retravailler en équipe comme pour **Lucie** : «*J'ai trop travaillé seule... et je travaille seule. Enfin, j'ai oublié qu'on avait des auxiliaires, des infirmières, que tu pouvais appeler ta collègue sage-femme si t'arrives pas à piquer, que si t'avais un doute sur un monito, peut-être tu pouvais demander à ta collègue qui est dans le service qu'elle vienne voir, j'ai complètement oublié !*» **Caroline** rajoute: «*En France, le fait d'avoir tout ce monde sur place, c'est un peu stressant, trop de monde, trop de monito, d'analyse de RCF... C'est super mais faut*

pas se leurrer, il y a du progrès mais je pense que ça change aussi les rapports aux patients !»

4.4) Modification éventuelles de la relation soignant patient

Lucie cite Bert Hellinger, auteur de Constellation familiale: *«Je ne renie pas mes origines, ni les valeurs qui ont été les miennes mais j'ai appris à ce qu'elles ne soient plus absolues.»* Cette idée est relevée plusieurs fois pendant nos rencontres, que ce soit pour certaines sages-femmes justes avec les femmes originaires d'Afrique ou pour les femmes de toutes origines, grâce où non à la mission.

L'intérêt pour les autres cultures, africaines où autres, est présente chez toutes les sages-femmes. **Florence** et **Catherine** pensent cependant que ce n'est pas la mission qui leur a permis cette ouverture d'esprit: *«Je pense que les gens qui font cette démarche c'est pas par hasard, c'est déjà que quelque part, tu es câblé autrement ! Et est ce que c'est la mission qui te change ou c'est toi qui est déjà différent !»*

Même si intéressées par le multiculturalisme, toutes avouent avoir une relation particulière avec les femmes africaines comme **Alice**: *« C'est parce que je me compare à d'autres collègues qui peuvent faire des remarques comme: elle est du Nigéria, elle parle anglais donc on est pas du même monde... j'ai l'impression d'avoir quelques clés de compréhension, que je suis accessible à elles et qu'elles le sont pour moi...»* ou encore selon **Florence**: *«... Parce que quand j'ai une patiente malienne et que je vais lui dire anitié (Merci en Bambara), alors là, tout de suite (sourire), bon bien sûr c'est indéniable...»*. Le fait de parler même quelques mots de leurs langues permet un climat de confiance.

Les sages-femmes disent être plus tolérantes, plus à l'écoute de leurs patientes. **Delphine** dit être plus attentive à ses patientes: *«J'écoute plus ! Quand elle me dit que ça va alors que je sais que ça va pas, qu'elle veut pas me le dire parce qu'elle a peur des mauvais esprits, il faut arriver à poser d'autres questions... Je pense que tu es plus humble, le fait d'avoir été en minorité»*. **Romain** n'hésite pas à proposer à ses patientes d'essayer de mettre en place quelques pratiques qu'on fait dans la culture de sa patiente, ou encore ne fera pas certains gestes connaissant la culture. Elles disent éviter aussi les jugements de valeurs, visible parfois dans certaines équipes comme raconte **Adeline**: *«J'ai tellement été choquée par des sages-femmes et leurs remarques !»* même

si l'influence du groupe a une part importante. **Alice** avoue: « *J'ai un comportement assez tolérant je pense, mais l'environnement extérieur peut m'influencer. Si on commence à partir en ville sur une patiente avec les collègues, je vais suivre... Il y a des patientes où j'aurai pas un regard beaucoup plus tendre que d'autres parce que j'ai bossé deux ans en Afrique, je suis pas meilleure qu'une autre...* »

Chloé remarque aussi l'importance de la discussion: « *J'explique ce qui va se passer par la suite, et franchement la discussion ça aide trop ! Quand tu expliques que c'est le bébé... ça aide clairement beaucoup d'expliquer les choses.* » et l'importance aussi de la présence de la sage-femme auprès de la patiente pendant les moments difficiles: « *D'être présente, dans les moments de douleurs, de respirer avec la patiente, de la masser. Moi j'ai beaucoup masser au Congo, vu que je pouvais pas leur parler et bien je les massais, ça leur faisait du bien, après elles réclamaient...* ».

4.5) Bilan des acquis

La dextérité et les gestes que les sages-femmes ont acquis pendant les missions sont toujours exploités avec cependant un retour mais uniquement dans leur champ de compétences: « *Tu reconnais beaucoup plus de trucs et donc tu pourrais le faire toi-même mais tu as pas le droit.* » A l'inverse, « *Ce que tu ne pratiques pas tu le perds* » dit **Romain**. Il explique à son retour du Congo, se sentir perdu face aux normes des bilans sanguins où la contraception par exemple, non pratiqué pendant sa mission au Congo, et la nécessité de se remettre à jour s'il retravaille en France. Cependant, les sages-femmes disent mieux connaître leurs limites et avoir une meilleure gestion de l'urgence.

D'autres sages-femmes ont uniquement conservé les acquis au niveau relationnel « *Sur la pratique professionnelle, j'ai vraiment structuré les choses, sur le côté relationnel, non sa c'est bien décloisonné mais sur le côté professionnel non !* ». Selon Florence, la technologie présente dans les hôpitaux Français est une sécurité indispensable: « *On est en sécurité chez nous, mais la sécurité elle a un prix ! Le prix, c'est d'avoir une perfusion, d'avoir une sérologie de Toxoplasmose tous les mois etc... Le monito en continu, c'est ce que tu vas déplier devant le juge, moi je suis passée devant un expert, on a complètement été mis hors de cause mais j'ai été mise plus bas que terre...* » Elle évoque aussi le côté exigeant des patients, relevé aussi par les sages-femmes et motivant parfois le retour aux pratiques françaises: « *On est dans un monde où les gens*

veulent le risque zéro ou l'illusion du risque zéro! Si il manque un cheveu au bébé tu vas être trainé c'est pour sa je te dis que cette femme ma marquée parce que elle ma remercié alors que je venais de faire un trou dans la tête de son gamin! Tu penses que sa peut arriver sa en France ?»

Discussion

1) Avant le départ en mission humanitaire

Toutes les sages-femmes rencontrées ont choisi ce métier et le font par vocation. Même celles passées par le cursus médecine (anciennement PCEM1) se sont engagées délibérément dans la filière sage-femme et ne le font pas par défaut, faute d'avoir eu un classement suffisant au concours. Leurs expériences professionnelles sont diverses soit par les lieux et structures d'exercices, soit par la durée des contrats.

1.1) Intérêt pour le voyage et sensibilité humaniste

Preuve d'un engagement précoce ou d'une curiosité naturelle pour les ailleurs lointains, certaines sages-femmes nous ont précisé lors des entretiens avoir débuté leurs parcours professionnels en partant à l'étranger (Alice en Guyane, Adeline à Mayotte, Lucie en Guyane et à Mayotte), ce qui montre un intérêt certain pour les voyages et l'humanisme. D'autres, afin de se préparer au mieux à leur départ, passent des DU concernant l'humanitaire (ethnomédecine, médecine tropicale...) mettant en évidence un investissement personnel comme professionnel.

1.2) Motivations et conditions de départ

Les motivations du départ en mission sont diverses et dépendent de plusieurs facteurs. Elles relèvent parfois d'un contexte personnel. Pendant nos entretiens, les études ne sont jamais citées comme étant à l'origine de la vocation humanitaire. Au contraire, pour certaines, elles sont un moyen : Adeline, Chloé, Delphine et Lucie savaient que le milieu médical peut être une ouverture sur le monde et devenir sage-femme pouvait leur permettre de partir. Deux sages-femmes insistent sur le fait que pour elles, les individus qui partent en mission ont un état d'esprit différent influencé par le parcours de vie personnel et professionnel.

D'un point de vue plus pragmatique, toutes s'accordent à dire que, outre la motivation, certaines conditions restent requises pour faire, du moins au début de sa carrière, de l'humanitaire : aucun projet de vie stable ne doit être réellement établi. Le plus simple est de ne pas avoir d'attaches affectives solides... Ainsi, certaines choisissent de multiplier les expériences, avec des contrats de courtes durées alors que d'autres exercent sur des durées plus longues et plus ou moins au même endroit. La diversité et la multiplication des contrats, la disparité des lieux d'exercices définissent plutôt des professionnels avec une prédisposition à la mobilité, des professionnels qui souhaiteraient rester acteurs de leurs choix.

La synthèse des dix entretiens ne permet donc pas de dresser un profil type du travailleur humanitaire mais, selon notre avis, c'est la conjonction de cette mobilité facile, l'attrait pour les voyages et l'humanisme qui permet le départ en mission humanitaire.

2) En mission

2.1) Sens des responsabilités

Il est à remarqué que la grande majorité des sages-femmes est partie dans le cadre de missions de développement. Seule Florence à accompli une mission d'urgence. La nature des missions étaient surtout d'ordre pédagogique et de management ce qui demande une prise de recul sur sa propre pratique. En France, cela équivaut à une fonction occupée par les cadres. La sage-femme développe alors un nouveau niveau de responsabilités en gérant notamment la formation des professionnels locaux. C'est d'autant plus vrai que les médecins, quand il y en a, sont tellement sollicités qu'ils délèguent aisément un nombre important de responsabilités. La sage-femme doit alors exercer en prenant sous sa responsabilité des décisions qui échapperaient en France à son champ de compétences.

2.2) Gestion des priorités

L'adversité développe chez chacune des sages-femmes un sens aigu de la débrouillardise et de l'improvisation. Souvent confrontées à des pathologies avancées ou à des situations d'urgences extrêmes, la sage-femme doit gérer aux mieux les priorités pour assurer la survie maternelle et si possible fœtale. Les conditions d'exercices lui imposent d'accepter que le résultat ne soit pas toujours celui escompté. L'idée de perdre l'enfant, la mère, voir les deux est présente en permanence. En mission humanitaire, sauver l'un des deux peut-être, selon les cas, considéré comme satisfaisant. La sage-femme expérimente alors un autre rapport à la mère, à l'enfant, à la naissance et à la mort.

2.3) Valeur du matériel

Par l'absence de matériel, tout prend une valeur et est utilisé au plus près du besoin. Par exemple, les équipements à usage unique en France sont réutilisés autant de fois que nécessaire après des stérilisations parfois approximatives. La sage-femme

devient donc sensible à l'économie de matériel, ce qui, au retour en France, va dans le sens des diminutions des dépenses de santé et de déficit de l'assurance maladie. Concernant les médicaments comme les antibiotiques, quand il y en a, ne sont donnés qu'en cas de besoin absolu. Le « principe de précaution » à l'occidental est remplacé par le principe de besoin vital. Sage-femme étant une profession médicale, la prescription est une partie importante du métier. Ainsi, à son retour de mission, la sage-femme sera plus enclin à modérer ses prescriptions favorisant les économies budgétaires.

2.4) Rapport à la population

Le rapport à la population est de notre point de vue, un des aspects essentiels abordés dans ce mémoire. Toutes les sages-femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues sont unanimes quant à la qualité des rapports entretenus avec la population. A la méfiance des premiers instants, succède vite une relation plus chaleureuse. La sage-femme découvre alors une société où les relations sociales sont valorisées et bâties notamment sur l'hospitalité et la solidarité, ce qui contraste avec notre schéma occidental beaucoup plus individualiste et mercantile.

Etablir le contact et gagner la confiance suppose néanmoins, de la part des intervenants humanitaires, un exercice d'intégration. Vivre sur place, manger comme les autochtones, s'essayer à apprendre leur langue... sont souvent ressentis comme des témoignages d'authenticité et de sincérité qui diminue l'éventuelle méfiance colonialiste de ces populations autrefois occupées par la France. Ceux sont aussi autant de preuves de toute la dimension humaine qui caractérise l'attitude du soignant en mission. La découverte de l'autre réveille la découverte de soi. Elle change la vision et la perception que la sage-femme se faisait du monde et dépasse largement le cadre de sa profession, même si toutes les sages-femmes témoignent qu'elles ne renient en rien leurs origines. Ainsi la sage-femme voit tous ses aprioris balayés et doit repenser les fondements de ses rapports à l'autre. Réussir sa mission humanitaire ne se réduit pas pour la sage-femme à sa seule faculté d'adaptation de technicienne médicale. Elle doit d'abord se repenser elle-même et montrer que son implication est désintéressée, plus ressentie que technique. Dès lors, la population perçoit positivement l'aide humanitaire. Si elle implique suffisamment les équipes locales avec toute la pédagogie nécessaire, et si elle accompagne la population dans le respect des mœurs et des rites, sans jugements de valeurs, la mission aura plus de chances de recevoir un écho favorable.

2.5) Reconnaissance

Chaque mission est un pas de plus vers l'autonomie, même si elle ne se suffit pas à elle-même. A ce titre, les sages-femmes se sont senties utiles, tant elles ont pu mesurer qu'en l'absence de tous moyens, leur action soulage autant qu'elle sauve. La reconnaissance qui en résulte est même parfois étonnante, comme ce cas où Florence a dû trouer la tête d'un enfant pour le sortir, et obtenu néanmoins les remerciements de la mère pour lui avoir sauvé la vie. Toutefois, elles ressentent souvent un sentiment d'impuissance devant la difficulté parfois, à sauver des vies et à influencer sur les événements. De retour en France, elles deviennent plus à même de gérer émotionnellement de situations difficiles.

3) Retour en France

Le retour en France est présenté dans les entretiens comme une épreuve... une difficile réadaptation au modernisme et aux relations humaines. Néanmoins, toutes sont unanimes pour dire qu'elles sont revenues enrichies de leurs missions respectives. L'influence de leurs séjours dans la réintégration d'un service de maternité a revêtu des caractères positifs et d'autres qui le sont moins.

3.1) Points négatifs

Les missions humanitaires ne sont pas sans poser quelques problèmes aux sages-femmes lors du retour en France.

Beaucoup de sages-femmes nous ont relaté une certaine appréhension de ne plus être au niveau concernant la prise en charge des pathologies car le retour dans un environnement hyper technicisé peut être anxiogène. Certaines d'entre elles ont d'ailleurs refusé des missions, s'obligeant à retravailler un certain laps de temps en France, pour remettre à jour leurs acquis. Certaines évoquent également le besoin de se restructurer pour ne pas dépasser leur champ de compétence, et maintenir un niveau élevé de vigilance pouvant être altéré par un excès de confiance acquis en mission. Pour rentrer à nouveau dans le mode de fonctionnement d'une maternité, les sages-femmes ont parfois dû se remettre grandement en question et accepter de revenir à des prises en charge standardisées de grossesses et plus de femmes enceintes. C'est le cas de Lucie pour qui, seule la vie maternelle prime, la vie fœtale n'est qu'un plus. Selon

elle, il faudrait dès le retour, mettre entre parenthèses toutes les pratiques et le vécu de la mission où les priorités et les enjeux y sont tellement différents que, sortis de leur contexte, ils sont incompatibles avec les prises en charge des maternités françaises.

3.2) Points positifs

De manière indéniable, la confiance en soi que chaque sage-femme a acquis en mission reste, quelque soit l'environnement dans lequel elle exerce, une qualité première qui rassure n'importe quelle parturiente. La gravité de certains cas rencontrés en mission, simultanément chez plusieurs patientes, exigeait de la sage-femme un devoir de priorisation facilement applicable à son retour. Le recul dont elle fait désormais preuve à l'égard de ses pratiques permet une analyse plus fine au niveau technique et relationnel. D'une mission humanitaire où elle n'avait que son sens clinique pour œuvrer, elle a gardé à son retour en France, une approche plus clinique et moins technique : par exemple, Caroline ne donne plus de traitement systématique à la seule vue des résultats d'un bilan sanguin montrant une anémie sans aller vérifier comment la patiente la tolère. La rareté des moyens techniques et thérapeutiques rencontrée en mission se traduit au retour par une gestion plus rigoureuse et économe du petit matériel (compresses, gants...) et par une limitation aux prescriptions dispendieuses.

Ainsi, les constats mis en évidence précédemment nous permettent de valider notre première hypothèse selon laquelle l'absence de moyens techniques et thérapeutiques suppose chez la sage-femme une prise en charge plus clinique et des qualités professionnelles permettant de faire face à toutes les situations.

Des entretiens avec les sages-femmes sont ressortis d'autres points positifs acquis en mission humanitaire, mais difficile à mettre en œuvre dans les maternités Françaises.

Ainsi, le système D quasiment obligatoire en mission humanitaire est complètement annihilé par les protocoles en vigueur, qui standardisent les prises en charge des patientes dans les maternités. Le sens des initiatives et l'autonomie sont des qualités inhérentes à l'humanitaire. Toutefois, le fonctionnement d'un service hospitalier organisé selon un mode hiérarchique laisse peu de place à ces vertus.

Sur le plan relationnel, la valeur ajoutée d'une mission humanitaire est ressentie différemment d'une sage-femme à l'autre. Malgré la complicité et la richesse des

moments vécus, beaucoup de sages-femmes disent que ce n'est pas la mission en elle-même qui est à l'origine de leur ouverture d'esprit et de leur intérêt pour les cultures étrangères... même si depuis leur retour, elles avouent toutes une tendresse particulière pour les femmes africaines.

Dans leurs prises en charges, elles disent mieux appréhender la douleur de la parturiente eu égard à l'absence permanente de péridurale lors des accouchements en mission. Elles se sentent également plus à l'aise dans l'accompagnement de la douleur, par le développement du toucher acquis en mission (massages...).

La barrière de la langue en mission a permis aux sages-femmes de mieux appréhender ce qui relève du discours ou du non dit. Elles développent alors d'autres moyens de communications (gestes, mimiques...) et portent une plus grande attention au non verbal.

Notre seconde hypothèse - selon laquelle la sage-femme en mission se trouvant elle-même en minorité remettrait en perspective sa propre culture, porterait un autre regard sur l'autre et serait plus attentive à concilier les différentes pratiques médicales - n'est donc que partiellement validée puisqu'on ne remarque qu'une faible modification des relations soignants-patients au retour de la mission. En effet, les sages-femmes de retour en France avouent une attention toute particulière pour les femmes africaines sans pour autant remettre en perspective leur propre culture. Cela tendrait à démontrer que chacune d'entre elles avait un intérêt pour l'altérité avant le départ et la mission humanitaire a permis de le confirmer et de l'exploiter.

Conclusion

Dans l'objectif d'établir un meilleur équilibre entre la technique et l'humain dans la prise en charge des parturientes, notre étude a cherché à mesurer les implications, à travers dix expériences toutes différentes, de sages-femmes en Afrique de l'Ouest, lors de leur retour en France.

A chaque mission humanitaire, les sages-femmes partent avec un bagage et en reviennent avec un autre, souvent encore plus complet.

A leur retour, elles ont tenté de mettre en place leur propre type de prises en charge alliant technique et clinique, et surtout plus centrées sur les patientes. Elles privilégient désormais le toucher et sont plus attentives aux paramètres cliniques. Elles évitent ainsi de se faire un avis en recourant systématiquement à l'utilisation d'appareils.

Sur le plan relationnel, elles ont une vision plus globale des parturientes et moins focalisée sur les questions strictement médicales. Elles portent un regard plus neutre, et qui n'enferme pas les patientes dans leurs origines culturelles, sociales ou dans leur histoire personnelle. La communication est alors basée sur le langage verbale ou corporel, l'écoute, le geste ou encore le regard. Analyser autant ce que l'on ressent pour l'autre que la manière dont l'autre vous ressent est souvent la clé pour dépasser la peur de l'altérité.

Pourtant, les qualités que chacune des sages-femmes a développé en mission se révèlent souvent difficilement transposables dans un service de maternité. La confiance en soi, la gestion des priorités ou encore le sens des initiatives ne s'accommodent pas toujours avec l'organisation préétablie d'une structure et les prises en charge standardisées.

Malgré gré tout, le peu qu'elles puissent mettre en œuvre est déjà beaucoup. Les sages-femmes témoignent de la reconnaissance des parturientes qui apprécient beaucoup la dimension relationnelle de leur approche. Les missions humanitaires ont mis en valeur des qualités que les sages-femmes ignoraient posséder avant leur départ. De ce point de vue, elles induisent une véritable valeur ajoutée au retour que chacune tente de valoriser dans l'exercice de ses fonctions.

Ouvrir davantage l'accès aux stages humanitaires en cours de formation pourrait permettre d'enrichir la prise en charge en France. Cette expérience est en effet l'occasion d'apprendre à allier la prise en charge technicisée et l'approche relationnelle.

Aussi, ne pourrions-nous pas enrichir nos pratiques en établissant une alliance entre prises en charge technicisées occidentales et prises en charge plus traditionnelles par le biais de stages ouverts aux étudiants sages-femmes en fin de formation ? Au-delà des études, serait-il possible d'ouvrir beaucoup plus le droit au CSI, ne serait ce qu'au seul prétexte de la valeur ajoutée au retour ? Enfin, et au delà du cadre strictement professionnel, est ce que les seules valeurs que véhicule l'humanitaire comme l'ouverture d'esprit, le recul sur le matérialisme, le développement du relationnel... ne se suffisent-elles pas à elles-mêmes pour favoriser ce type d'échange ?

Bibliographie

Ouvrages

- (1) CREPET A. - Améliorer les relations soignant-soigné – Paris - Thélès – 2002 – 283 pages
- (2) DUPONT M. et FOURCADE A. - L'information médicale du patient : règles et recommandations - Lamarre – 2000 – 140 pages – Guide de l'AP/HP
- (3) FAINZANG S. - La relation médecins-malades : information et mensonge – Paris - Edition PUF – 2ème édition – 2007 – 159 pages - Ethnologies
- (4) FREIDSON E. - La profession médicale – Paris - Payot – 1984 – 369 pages – Médecine et sociétés
- (5) LEMAN J. et GALLY A. - Thérapies interculturelles : l'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire – Bruxelles – De Boeck Université – 1991 – 164 pages
- (6) JOLLY D. et C. - Malade ou client ? - Economica – 1993 – 164 pages – Santé publique
- (7) LEVY I. - Croyances et laïcité - Estem – 2002 – 495 pages
- (8) Levy I. - Soins et croyances - Estem – 2001 – 222 pages
- (9) MARPEAU L. - Traité d'obstétrique – Issy-les-Moulineaux - Elviesier Masson – 2010 – 657 pages
- (10) PARSONS T. - The social system – Londres – Routledge – 1991 – 575 pages
- (11) RYFMAN P. - La question humanitaire – Paris - Ellipses – 1999 – 208 pages – Grands Enjeux
- (12) VEGA A. - Soignants /soignés : pour une approche anthropologique des soins – Paris, Bruxelles – De Boeck Université – 2001 – 141 pages – Savoirs et Santé

Articles

- (13) AMOUROUX T. - Relation soignant-soigné : respecter la personne malade - « Espace éthique » – La lettre – 2004 – pages 15 à 18
- (14) BAUER C. - La relation d'aide- « Epoch Times » – 2007 – page 1
- (15) BEGUE SIMON A. - Anthropologie et médecine : pour mieux comprendre le patient - « Médecine » – 2006 - volume 2 – n° 7 - pages 325 à 328
- (16) BOUCHET-SAULNIER F. - Action humanitaire : gérer et garantir la qualité humaine et professionnelle- « Juris association » –2007 – n° 368 – pages 16 à 18
- (17) CUVELIER M. - Relation soignant-soigné en contexte multiculturel- « Culture et Santé » – Dossier thématique – 2011 – pages 1 à 2
- (18) DEGOS L. -Soigner un malade et non une maladie- « Laennec » – 2002 - n°3 – pages 45 à 51
- (19) DOZOUL A. - Dossier soin et diversité culturelle : vers une relation soignant-soigné symétrique- « Objectif soins » – 2002 - n° 107 – pages 2 à 9
- (20) MOREL M. - Histoire de la naissance en France (XVII-XXème siècle)- « Adsp » – décembre 2007/mars 2008 – n° 61/62 – pages 22 à 28
- (21) MOREL M. – Naître en France du XVII au XXème siècle – « Contact Santé » - 2010 – n°230 – pages 47 à 49
- (22) MIGNOT S. – Sage-femme sans frontières – « Profession sage-femme » - 2009 – n°158 – pages 38 à 39
- (23) MIGNOT S. – le plus dur, c'est de rentrer - « Profession sage-femme » - 2007 – n°139 - page 38 à 39
- (24) MIGNOT S. – Sage-femme sans frontières « Profession sage-femme » - 2008 – n°145 – page 40 à 41
- (25) MIGNOT S. – Sage-femme sans frontières – « Profession sage-femme » - 2009- n° 154 – page 40 à 41

(26) MIGNOT S. –Entre débrouille et gestion d'équipe – « Profession sage-femme » - 2009 - n° 157 - page 40 à 41

(27) NOUR R. – Des matrones de qualités au Bénin – « Profession sage-femme » - 2007- n° 133 – page 40 à 41

(28) NOUR R. – Rendez-vous annuel au Mali – « Profession sage-femme » - 2007 - n°135 – page 44 à 45

(29) NOUR R. – Quatre naissances et une initiation – « Profession sage-femme » - 2008 – n° 149 – page 40 à 41

(30) NOUR R. – Se libérer pour partir en mission – « Profession sage-femme » - 2008- n° 148 – page 38 à 39

Textes officiels

(31) Article 1 de la loi du 01/01/1901 du code civil – contrat d'association

(32) Article R4125-35 du code de la santé publique – 08/05/2012 – Information du patient

(33) Décret – n°92-143 – 14/02/1992 – examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal

(34) Décret – n°98-899 – 09/10/1998 – Etablissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale

(35) Loi – n°2011-814 – 07/07/2011 – Bioéthique

(36) Loi - n°2005-159 – 23/02/05 – Contrat de volontariat de solidarité internationale

(37) Loi – n°95-116 – 04/02/1995 – Congé de solidarité internationale

(38) Loi – n°84-16 – 13/01/1986 – Disponibilité

Mémoire d'étudiant sage-femme

(39) BRAS C. – Regards sur la césarienne : Témoignages de femmes originaires d'Afrique subsaharienne – mémoire de fin des études de sage-femme – CHU de Rouen – 2011

(40) FERMANEL M. – Sages-femmes et culture, premier regard anthropologique – mémoire de fin d'études de sage-femme – CHU de Rouen – 2005

(41) FERNAGU C. – Roms et régulation des naissances : comprendre pour mieux accompagner – mémoire des études de sage-femme – CHU de Dijon – 2007

(42) VIGNO S. – Démédicaliser ou humaniser : réflexions préprofessionnelles sur la naissance – mémoire de fin des études de sage-femme – CHU de Rouen – 2002

Autres sources

Sites Internet

(43) CNGOF, Recommandations pour la pratique clinique, 2007 : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf consulté en 12/12

(44) Comité international de la Croix-Rouge (CICR) : <http://www.icrc.org/fre/where-we-work/europe-central-asia/france/overview-france.htm> consulté en 10/11

(45) Comité National Technique de l'Echographie de dépistage prénatal : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000356/0000.pdf> consulté en 12/12

(46) Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/> consulté en 11 /12

(47) Croix-Rouge française : <http://www.croix-rouge.fr/> consulté en 10/11

(48) Drees – Baillot A, Evain F - <http://www.drees.sante.gouv.fr> consulté en 11/2012

(49) Gynécologie sans frontières : <http://www.gynsf.org/> - consulté le 23/01/12

(50) HAS, note de cadrage :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note de cadrage - sortie de maternite apres accouchement conditions optimales pour proposer un retour a domicile.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note_de_cadrage_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement_conditions_optimales_pour_proposer_un_retour_a_domicile.pdf) consulté en 12/12

(51) HAS, Recommandations pour la pratique clinique, 2004 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_recos.pdf consulté 12/12

(52) Humacoop (organisme de formations humanitaires) <http://www.humacoop.com/> - consulté le 20/02/12

(53) Insee : <http://www.insee.fr> consulté en 03/13

(54) LeMonde - Chavreul L. [Le monde.fr](http://www.lemonde.fr) – consulté en 12/11

(55) Médecins Du Monde : <http://www.medecinsdumonde.org/> - consulté 01/12

(56) Médecins Sans Frontières : <http://www.msf.fr/>- consulté 01/12

(57) Ministère des affaires étrangères : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/> consulté en 11/12

(58) Nations Unies : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/> consulté en 11/12

(59) ONG conseil : <http://www.ongconseil.com/> consulté en 11/2012

(60) Passeport pour une naissance : <http://www.ppun.fr/> - consulté le 23/01/12

(61) Portail de la solidarité : <http://www.portail-solidarite.org/domaines/humanitaire-urgence-de7veloppement> consulté en 10/11

(62) Project sphère: <http://www.sphereproject.org/sphere/fr/> consulté en 10/11

(63) Unicef : http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_PFC_stats-fr.pdf consulté en 03/13

Conférences et comptes-rendus de conférences

(64) « Deuxième soirée des humanités » organisée par l'UFR de Médecine et Pharmacie de Rouen le 15/12/11

(65) Compte-rendu de la soirée « Culture et grossesse », 11 juin 2009 organisé par le réseau ville-hôpital 35

(66) Compte-rendu de la soirée « Culture et naissance », 20 octobre 2009 organisé par le réseau ville-hôpital 35

Enquêtes

(67) Drees – la situation périnatale en France en 2003 – Premiers résultats de l'enquête périnatale de 2005

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe I : grille d'entretien

Annexe II : parcours des études de sages-femmes

Annexe III : expériences professionnelles jusqu'à l'humanitaire

Annexe IV : parcours dans l'humanitaire

Annexe V : Quelques anecdotes de sages-femmes

Annexe VI : Réadaptation personnelle, quelques extraits

Annexe VII : Entretien de Lucie, mission de 6 mois à Conakry, Guinée

Annexe I : Grille d'entretien

Parcours de vie jusqu'à l'humanitaire

1. Lieux et années des études de sage-femme
2. Parcours professionnel en France avant 1^{ère} mission humanitaire
3. Lieu(x) et durées de la ou des mission(s) humanitaires

Démarches et motivations

1. Travail dans l'humanitaire :
 - a) Choix
 - b) Hasard
 - c) Proche ou ami dans l'humanitaire
2. L'Afrique de l'Ouest :
 - a) Choix
 - b) Hasard
 - c) Attrait particulier pour l'Afrique de l'ouest
 - d) Liens en Afrique de l'ouest
3. L'organisme :
 - a) Choix
 - b) Hasard
 - c) Autres raisons
4. Démarches :
 - a) Administratives
 - b) Médicales
 - c) Personnelles

Vie sur place

1. Lieu de la mission et objectif(s)
2. Le quotidien (journée type)

3. Moyens techniques (matériel) et humains (équipes)

4. Ressenti : a) Meilleur souvenir

b) Souvenir le plus difficile

c) Anecdote marquante

5. Rapport à la population : a) Elle-même/ la population

b) La population/ elle-même

c) Barrière culturelle

Retour en France

1. Réadaptation : a) Personnelle

b) Retour à l'hôpital

2. Valeur ajoutée clinique (techniques de travail, dextérité...)

3. Evolution de sa relation soignant-soigné : a) Relationnelle

b) Culturelle

4. Enrichissement personnel (gestion des priorités, confiance en soi, sens de l'initiative...)

5. Bilan des acquis (effets durables de la mission humanitaire sur son quotidien ?)

Annexes II : Parcours des études de sages-femmes

Sage-femme	Age	Année du DE	Ecole	Etudes
Catherine	57 ans	1978	Rouen	3 ans
Louise	53 ans	1982	Rouen	3 ans
Florence	44 ans	1991	Limoges	4 ans
Delphine	38 ans	1997	Paris	4 ans
Caroline	35 ans	2001	Grenoble	P1+ 4 ans
Adeline	31 ans	2005	Lyon	P1+ 4 ans
Alice	29 ans	2005	Lille	P1+ 4 ans
Chloé	31 ans	2007	Dijon	P1+ 4 ans
Lucie	28 ans	2008	Nancy	P1+ 4 ans
Romain	27 ans	2009	Montpellier	P1+ 4 ans

Annexe III : Expériences professionnelles jusqu'à l'humanitaire

Catherine	-CH du Belvédère (Haute Normandie), niveau 2 de 1978 à aujourd'hui
Louise	-remplacements puis maternité de niveau 3 en Haute Normandie, de 1983 à aujourd'hui
Florence	-4 mois dans une clinique de niveau 2A en région parisienne -2 ans et demi dans une autre clinique de niveau 2A de la région parisienne -1 mois en en INTERIM dans une maternité de niveau 2A en Basse Normandie
Delphine	-CDD dans une maternité de niveau 2A en région parisienne
Caroline	-15 mois dans maternité de niveau 1 en Suisse -9 mois dans une maternité de niveau 2 (Loire Atlantique)
Alice	-6 mois maternité niveau 1, Guyane Française -4 mois maternité de niveau 1 en Basse Normandie -Maternité de niveau 3 en Haute Normandie de 2006 à ce jour
Adeline	-6 mois maternité M'Ramadoudou (Mayotte), niveau 1 -1 an à maternité de niveau 1 en Haute Savoie
Chloé	-1 an dans une maternité de niveau 2 dans le Rhône -1 an et demi maternité de niveau 1 dans la même région
Lucie	-6 mois dans un dispensaire (Guyane Française) -1 an dans un dispensaire à Mayotte -3 mois dispensaire (Guyane Française) -6 mois dans une maternité de niveau 1 en Bretagne
Romain	-6 mois maternité de niveau 1 (PACA) -6 mois maternité de niveau 3 (Paris)

Annexes IV : Parcours dans l'humanitaire

Catherine	2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 : Mission à Bourzanga au Burkina Faso (15 jours à 1 mois)
Louise	1989 : Mission dans la région de Mopti, Mali (1 an) avec MDM
Florence	1995 : Mission à Ti-n-Zaoueten, Mali (13 mois) avec AMI 1996 : Mission à Kidal, Mali (9 mois) avec World Vision International 1998 : Mission à Kidal, Mali et Agadez, Niger (3 ans) avec AMI 2004 : Mission à Hodh El Chargui, Mauritanie (5 mois) avec Santé Sud
Delphine	1998, 1999, 2001 : missions à Tambacounda, Sénégal (1 mois et demi) avec PPUN 2005 : missions au Mali (1 mois) avec PPUN 2007 : Mission de coopération à Figuig, Maroc (1 semaine) 2009, 2010, 2012 : Mission à Lucknow et Bamrouli (1 mois et demi)
Caroline	2003 : Mission à Monrovia, Libéria (4 mois et demi) avec MDM 2006 : Mission au Darfour (4 mois et demi) avec MDM
Alice	2008 : Mission à Fontaine, Cameroun (2 ans) avec la DCC
Adeline	2007 : Mission à Nyéma, Mali (1 mois et demi) avec PPUN 2009 : Mission village de brousse, Sénégal (1 mois et demi) avec PPUN 2011 : Mission au Tchad (6 mois) avec MSF 2012 : Mission à Bétou, Congo (6 mois et demi) avec MSF
Chloé	2010 : Mission à Goma, Congo (6 mois) avec MSF 2011 : Mission en Ethiopie (6 mois) avec MSF
Lucie	2009 : Mission au Togo (1 mois) 2011 : Mission au Kenya (1 mois) avec MSF 2011 : Mission à Conakry, Guinée (6 mois) avec MSF
Romain	2010 : Mission à Léogane, Haïti (20 jours) avec GSF 2012 : Mission à Bétou, Congo (6 mois) avec MSF

Annexes V : Quelques anecdotes des sages-femmes

Delphine : « J'ai déjà fait des accouchements avec une chèvre, un mouton ou un chat en salle de naissance ! »

Caroline : « Il y a une fois où un chef de guerre entre guillemets a voulu qu'on s'occupe de sa femme en priorité. Il voulait absolument des pilules pour être super en forme... et là, bah je l'ai fait passer en avant parce que je voulais pas qu'il y est un incident sécurité sur le centre... En vie d'équipe il y a pas mal de choses rigolotes oui... déjà il y a le fait qu'on vivait hyper sommaire sur les centres. Le jour où on nous a créé une douche extérieure c'était super : plus il y avait d'eau, mieux c'était... Après fallait parfois se battre pour manger. Quand on était sur centre, on pouvait pas avoir de produits frais sur place, donc c'est vrai que la nature reprend un peu ses droits. C'est vrai et c'est assez particulier d'ailleurs... On sent bien que quand il y a pas assez à manger, c'est le premier servi qui... qui ira le mieux et c'est assez particulier... Enfin voilà... Après on a fait des fêtes avec le staff local, un barbecue géant... c'est vrai qu'il y avait une vie complètement différente à Monrovia où on allait en boîte, on décompressait vraiment et il y avait la plage quoi... donc nous Staff de Banga, on venait se reposer le weekend ... Après on s'est fait des grosses soirées comptage de pilule parce qu'il fallait les répartir dans les centres... on a du aussi se mettre aux règles sécu, apprendre à manipuler une radio, passer les check points, à parler en alphabet de radio... »

Alice : « ... de ne pas savoir que c'est des jumeaux et quand tu es au bloc opératoire, le chirurgien t'appelle en te disant et le deuxième ? Ah y'en avait deux... Ou encore sur des croyances, comme quand les femmes sentent que le travail se met en route à la maison... au début, ça m'arrivait souvent de voir les femmes arriver avec un caillou dans la main, et dès qu'elles arrivaient à la maternité, elles lâchaient le caillou... La symbolique que j'ai compris et qu'on a bien voulu m'expliquer, c'est que c'était une façon de symboliser que le caillou c'était l'enfant : jusqu'à ce que tu arrives à la mater, tu le contenais... une fois arrivé, tu pouvais accoucher, t'accoucherai pas en chemin. »

Romain : « C'est le langage là-bas. Le Lingala, c'était marrant d'apprendre à le parler. Je revenais parfois le soir en disant que j'avais appris un nouveau mot : par exemple, diarrhée qui se dit poulou poulou ! »

Lucie : « les sages-femmes qui reviennent un peu sur les bancs de l'école et qui... le fait qu'il y ait une dynamique de travail qui est vraiment différente... Tu arrives dans un centre hospitalier pour te présenter au début de ta mission en disant : je suis là pour ça, ce serait bien qu'on se voit, rencontrer l'équipe. On pourrait se voir quand ? Et on te répond : Ba je sais pas, dimanche matin ! Tu peux pas imaginer ça dans un hôpital en France, tu peux imaginer ça nulle part d'autre que dans un endroit où on travaille juste pour sauver des patients. Certainement pas pour gagner de l'argent. »

Annexe VI : Réadaptation personnelle, quelques extraits

Catherine : « *Le retour en France, c'est infernal à chaque fois et à tous les niveaux ! J'ai pas du tout envie de rentrer ! Je me sens très bien là bas, même si parfois, j'en ai marre de la poussière, d'avoir chaud... en même temps, j'aime pas avoir froid (rire) ! Les retours en France bon... pour moi, la France est un pays superficiel, il y a pas les valeurs et c'est ça qui me gêne... on a perdu les valeurs. C'est un pays matérialiste ! Tout passe par le matériel, l'argent, et on a perdu les vraies valeurs... j'ai toujours du mal à rentrer ! En plus, je pars souvent un peu avant Noël, et très souvent quand je rentre, on est en pleine préparation ! Il y a des lumières partout ! On sort d'un pays où il y a pas l'électricité ! Du monde dans les magasins, c'est la politique de l'argent, tout le monde fait la gueule. Là bas, il y a rien et tout le monde sourit ... »*

Louise : « *Moi quand je suis revenue en France, c'était... Ce qui m'a le plus surpris, c'était que c'était triste ! La vitesse et les voitures aussi... Quand j'ai repris ma voiture (rire), ça faisait presque un an que je conduisais plus ! Et quand j'ai repris ma voiture, ça m'a presque fait peur... alors que j'ai beaucoup conduit avant, je ne me sentais plus à l'aise parce que ça filait dans tous les sens. J'ai trouvé les gens pressés, j'ai trouvé les gens exigeants et ne se rendant pas compte de leurs richesses, ça c'est sûr. Et encore maintenant... Moralement sinon, j'étais prête au retour, sauf que je serai bien restée encore un petit peu. »*

Florence : « *Mon retour en France... très difficile. Je suis rentrée la mort dans l'âme. C'était pour mettre en sécurité ma fille, et quand je vois la situation au nord du Mali, je me dis que j'ai bien fait... ça a été très difficile, j'étais complètement décalée... »*

Alice : « *je me souviens, en rentrant, j'ai été dans un supermarché et j'ai remarqué une pauvreté morale. Au Cameroun, on manque de tout, enfin matériellement ils manquent quand même de trucs... Et ici, je sentais que les gens étaient seuls, malheureux, alors qu'on a tout ce qu'il faut, tout ce qui est facile pour réussir... La vitesse de vie aussi, et l'hyperconsommation : je me souviens, j'ai mis du temps à re savoir faire des courses en France. En fait, j'ai eu le sentiment de pas être adapté à la France : acheter un billet de train me paraissait compliqué (rire) ! Alors que là bas, j'ai fait des choses beaucoup plus... Je sais pas comment dire, mais genre prendre la moto pour faire 2h de route, ou devoir attendre des heures et des heures dans la gare routière pour prendre un bus... »*

Lucie : « Tu as un choc violent où d'abord, tu es contre tout et tu supportes rien ! Un peu de colère aussi parce que tu vas aller faire tes courses dans un supermarché et tu vas voir qu'il y a 17000 sortes de yaourts. Le pire c'est le rayon yaourt ! Tu as 60 sortes de yaourts dans le rayon c'est pas possible ! Au niveau personnel, je pense que tes habitudes changent... Tu veux plus acheter des vêtements... tu veux plus acheter des vêtements qui sont fait n'importe où et dans n'importe quelles conditions. Je veux dire, tu rentres de MSF tu apprends à coudre quoi (rire) ! Tu peux pas non plus... enfin moi, je peux pas gaspiller de bouffe, gaspiller d'eau. Je pouvais déjà pas trop avant mais là... »

Annexe VII : Entretien de Lucie, mission de six mois à Conakry, Guinée

« Moi j'ai fait mes études à Nancy. Je suis diplômée depuis 2008. Je suis partie pendant mes études mais je ne considère pas que ce soit une mission humanitaire. Les seuls départs en missions que je considère avoir fait, c'est le départ avec MSF. Donc avant le départ MSF, j'ai fait six mois en Guyane Française, un mois au Togo mais (silence)... avec une petite association. Ça peut porter le label humanitaire mais ce n'est pas ce que j'appelle moi de l'humanitaire. Pour moi, c'est du tourisme médical : tu vas travailler en tant que sage-femme dans un hôpital là-bas, au même titre que d'autres sages-femmes. Alors certes, tu as une plus-value au niveau nouvelles technologies si tu veux, les nouveautés les renouvellements de connaissances tu es beaucoup plus à jour mais (hésitation)... Mais ça n'a aucune visée humanitaire puisque tu vas augmenter le niveau du dispensaire, parce que tu pars un ou deux mois, et qu'après tu pars, et c'est personnel dépendant. Après j'ai fait un an à Mayotte en dispensaire, et après j'ai refait trois mois en Guyane, en dispensaire. Après j'ai travaillé en France (sourire) métropolitaine en Bretagne cinq ou six mois, et après j'ai fait ma première mission humanitaire avec Médecins Sans Frontières six mois en Guinée.

« Et le fait de travailler en humanitaire ? »

« C'est pour ça que j'ai fait la première année de médecine. Donc oui pour moi c'était... pour moi ça fait partie du travail qu'on a en fonction de soignant : ça doit être une partie du travail, c'est important à tous les points de vues et pour parler seulement du travail, je pense que c'est important de... de lier les deux. Je pense que c'est important d'alterner les deux façons de travailler, et actuellement, on a la chance de pouvoir travailler dans les deux hémisphères alors pour nous c'est enrichissant et j'espère que ce n'est pas délétère. Donc oui c'est vraiment un choix. »

« Et l'Afrique de l'ouest ? »

« Alors l'Afrique de l'ouest, les trois fois où j'y suis allée c'était un complet hasard : au Cameroun à la suite d'une rencontre d'un médecin qui m'a emmenée dans son dispensaire quand j'étais étudiante, puis trois mois au Togo par le biais d'une association et après avec Médecins Sans Frontière bah... c'est du hasard, c'est là où ton profil correspond. »

« Médecins sans frontières c'était un choix particulier ? »

« Oui c'est un choix (silence)... Parce que pour avoir déjà travaillé avec une petite organisation, pour moi ce n'était plus possible. Je voulais travailler pour une grosse organisation parce que (hésitation)... Bon, c'est un avis purement personnel, mais je pense que les petites ONG sont souvent beaucoup plus délétères que bénéfiques... enfin... voilà.

Bon il y a le mythe aussi du « French Doctors », c'est sûr, mais (hésitation)... il y a aussi le fait que éthiquement, Médecins Sans Frontières correspond à peu près à ce que j'attends... que j'attendais de l'humanitaire, en tous cas sans connaître avant d'y aller et... C'est-à-dire que c'est donner la voix à ceux qui ne l'ont pas, c'est travailler... C'est travailler dans le but d'être remplacé, et à partir du moment où tu arrives, tu dois prévoir ton départ et... le soin est aussi important que le témoignage, ce que tu ne vas pas retrouver du tout dans toutes les organisations. Tu vas le trouver dans Médecins du Monde mais jamais à la Croix Rouge, c'est d'ailleurs le pacte de départ... Faut que tu te taises. Pour moi éthiquement ce n'est pas possible. »

« C'est-à-dire que la croix rouge, ils ne veulent pas que tu... »

« C'est... ils ont une clause de neutralité, c'est-à-dire que l'avantage c'est qu'ils sont acceptés absolument dans tous les territoires, ils sont acceptés vraiment partout, dans toutes les situations de conflits, mais ils n'ont pas une mission de témoignage aux yeux du grand public. C'est pour ça que tout ce qui s'est passé au Kosovo, dans les Balkans, le viol comme arme de guerre, ce qui s'est passé au Darfour ou historiquement ce qui s'est passé dans les camps de concentrations, n'a jamais été témoigné par la croix rouge parce que sinon ils n'entreraient pas dans ces endroits-là. Alors oui, l'avantage, tu peux soigner tout le monde. Mais par contre (silence), je crois que quand tu fais de la médecine humanitaire tu fais de la santé publique, tu fais de la médecine communautaire, tu soignes une population, tu ne soignes pas des personnes. Bon... voilà... mais ça, c'est éthiquement mon idée. »

« Et au niveau de tes démarches avant ton départ ? »

« Les démarches administratives bah... administrativement, avant de partir, bon... moi je travaille que en CDD justement pour conserver ma liberté totale donc administrativement je n'ai pas de soucis.

Au niveau médical, je suis partie en 2006 la première fois et à ce moment- là, il y a eu tous les vaccins de routine. Moi, je fais tous les ans un dépistage sérologique parce qu'on travaille dans les salles d'accouchements quand même, et qu'on travaille dans des populations à risques. Mais même si je travaillais en France, je pense que je ferais quand même le dépistage de séro tous les ans.

Tu as droit au retour d'humanitaire à un bilan complet. Moi je ne l'ai jamais fait, parce que je retravaille après, donc je le faisais dans l'hôpital où je travaillais. Après au niveau vaccinations, moi je suis à jour depuis... la prochaine fois que je dois me vacciner c'est dans trois, quatre ans donc voilà.

Au niveau personnel heu... Au niveau logistique... (silence) alors je suis partie... je suis diplômée... donc pendant les deux ans, les deux premières années et demi, pendant deux ans et demi j'ai dû passer trois mois en France donc j'étais chez mes parents, chez mes amis. Après j'ai fait cinq mois en France, je suis partie en Guyane, après je suis partie au Kenya avec MSF, et après en Guinée avec MSF aussi. Et donc pendant les cinq mois en France, j'ai acheté une maison pour avoir un port d'attache, un endroit où revenir. C'était beaucoup plus simple pour moi,... de savoir où rentrer à chaque fois. Voilà. »

« Et donc ta maison quand tu pars tu la loues ? »

« Non, non... après bon je suis en couple donc ... en général on est souvent partis à deux, mais depuis MSF je pars toute seule donc oui, je la loue, enfin non... (sourire) Il y a toujours quelqu'un ou sinon oui il y a des gens qui y habitent... »

« Du coup tu es en couple avec un sage-femme aussi ? »

« Avec un infirmier. »

« Et donc il partait en mission avec toi aussi ? »

« On est partis dans les DOM TOM, pendant deux ans et demi. On est partis ensemble mais il n'est pas intéressé par faire de l'humanitaire pour l'instant. »

« Et le fait que tu partes il le prend bien ? »

« Oh oui... non ça va, c'est un choix perso. »

« Et donc ta dernière mission c'était ? »

« Conakry, la Guinée avec MSF pendant 6mois. »

« Et ça consistait en quoi ? »

« C'était un projet SIDA qui... C'était un projet SIDA qui avait huit ans ou neuf ans d'âge, ce n'était pas du tout de l'urgence. (Silence) On imagine qu'au départ, quand on a ouvert c'était de l'urgence mais voilà...

C'était.... J'étais la première sage-femme sur le projet parce que bon... parce que comme dans tous les endroits, on avait complètement oublié que la moitié des patients étaient des femmes et que ... elles pouvaient faire des enfants en même tant qu'elles étaient séropositives. Et puis que c'est vraiment une politique dans tous... à tous les niveaux. Dans tous les organismes internationaux de maintenant, énormément promouvoir la place de la sage-femme, même en situation d'urgence pour pouvoir toujours assurer des soins obstétricaux, ce qui n'a jamais été le cas jusqu'à ces dernières années...

Mon travail incompréhensible, c'était la mise en place des programmes de PTME (programme de transmission de la mère à l'enfant) dans un hôpital et cinq centres de santé. Bon... concrètement ça voulait dire si oui ou non il fallait adapter des services à la prise en charge des patient VIH, former un peu les sages-femmes, gynéco et pédiatres sur place en collaboration avec les infectiologues expatriés qui étaient là pour (silence)... parce que c'est des personnes si tu veux, qui on appris, enfin... au niveau sage-femme et obstétrical on n'a quand même pas grand chose à apprendre faut être très honnête... après, enfin dans le cadre de la salle d'accouchement on n'a pas grand-chose à apprendre à qui que ce soit à part peut être des règles d'asepsies ou d'hygiènes... dans les consultations oui, on peut améliorer le niveau de la consultation prénatale, on peut améliorer le dépistage. Heu... après au niveau du VIH, c'est vraiment de la grosse mise à jour parce que ce sont des sages-femmes qui ont appris ce qu'était le VIH et les antirétroviraux pendant leurs études et qui n'ont jamais pratiquées parce que... parce que il n'y a jamais eu de traitement mis à dispo par l'État donc elles n'ont jamais fait de dépistages, donc jamais de prises en charges et les médecins c'est pareil donc... donc le travail c'était d'une part voir d'un point de vue organisationnel comment ça se passait ce qu'on pouvait faire, s'il fallait rajouter des trucs ou pas dans dossier etc., c'était faire une remise à niveau, c'était faire... Travailler avec le psy enfin

ce qu'on appelle les psy, mais qui sont aussi responsables des assistantes sociales et de tous les travailleurs communautaires pour faire de l'information : travailler avec elles pour toutes les informations de préventions, de communications, de santé publique, pour dire que maintenant on allait pouvoir... voilà c'était aussi ça...

Quand tu pars avec MSF, tu n'es plus sage-femme, à part quand tu fais de l'urgence. Mais c'est un peu comme si tu devenais la cadre du service et que tes patients c'étaient les centres de santé : tu travailles aussi avec la pharmacie parce que c'est toi qui doit évaluer quelle est la commande d'antirétroviraux que tu dois prendre pour le nombre de patient que tu penses avoir, tu fais un peu de logistique aussi et puis voilà. »

« Et donc toi tu bossais à l'hôpital et tu te déplaçais dans les centres de santé? »

« Moi je travaillais... j'avais cinq, en tout cinq centres et l'hôpital. L'hôpital, je l'ai un peu laissé de côté, j'y allais les après midis... enfin j'y allais deux fois par semaine les après-midi, et sinon les autres jours j'allais toute la journée dans tous les autres centres de santé. Mais après tu t'organises comme tu veux : tu as un gros travail de bureautique à faire derrière et tu le sais donc moi je... Moi je suis soignant alors je suis à l'hôpital... Je passais toute ma journée dans les centres de santé avec mon ordi à faire mes trucs quand il y avait de l'électricité. Quand il n'y en avait pas, ce n'est pas grave. Après, pour te faire plaisir dans ce genre de mission... quand tu es à l'hôpital et qu'il y a un accouchement, tu te le fais et tu es contente ! Après, en plus de cette partie qui était dans la définition de ta mission, tu restes sage-femme alors tu vas, en ré augmentant le niveau de connaissances en VIH, tu ré augmentes aussi un peu le niveau d'obstétrique et tu fais de l'obstétrique et tu fais ...comme quand toi tu seras professionnel, avec des étudiants sages-femmes à côté de toi en clinique etc... et on t'appelle pour la merde, voilà. »

« Et au niveau de l'hôpital, et des centres de santé, c'étaient des gros centres de santé? »

« ... Alors gros par leurs nombres de patients oui, par leurs tailles pas du tout. Si tu veux tous, tous les centres de santé confondus, moi j'avais quarante sages-femmes à gérer, enfin à gérer... Quarante sages-femmes avec qui je travaillais et... Y'avait un bloc opératoire que à l'hôpital mais c'était un tout petit hôpital. Enfin un tout petit hôpital par rapport aux autres hôpitaux. En tout et pour tout, il devait y avoir sur les cinq

centres, je ne sais pas cinq mille accouchements, quatre ou cinq mille, si j'additionnais tout, ça devait être ça. »

« Et donc il n'y avait pas de bloc dans les centres de santé ? »

« Non, ça ne changeait rien pour moi qu'il y ait un bloc à l'hôpital. Si tu veux, MSF n'a pas pour vocation d'être dans des CHU ou dans des gros hôpitaux. Les CHU théoriquement, dans n'importe quels pays, ils sont quand même... pas en Guinée mais ailleurs, sont quand même de bonne qualité et ce n'est pas la place de MSF d'être dans un CHU je crois. Après, la place de MSF, je crois que je ne sais pas où elle est, et c'est complètement schizophrène comme association donc heu... Actuellement, je pense qui est complètement en mouvement parce que... parce que les choses changent, parce que l'humanitaire change, parce que la façon d'intervenir change et parce que ta perception à toi en tant qu'expatrié a vachement changé auprès des populations ces dernières années. Aussi à cause de la multiplication des associations qui font que tout y est pareil, tu as un t-shirt et tu es un blanc. Ça s'arrête là. Mais de la même façon que pour nous, enfin je veux dire ici, quand tu vas parler d'humanitaire, pour les gens, c'est pareil que tu fasses partie de la Croix Rouge, de Médecins Du Monde, de MSF, c'est pareil ! Tu as un t-shirt, et tu pars là-bas en Afrique, ça s'arrête là. Heu... j'crois que (hésitation) ... Je ne sais pas les moyens pour les autres missions, je sais que là, sur cette mission, pour moi, le bloc opératoire n'existait pas parce que... Parce que si il existe, tu ne sais pas s'il y a l'électricité, tu ne sais pas si il y a de l'eau, et tu ne sais pas si machins... Il y a la fenêtre qui est ouverte... Pour moi c'est envoyer une femme... Bon, une rupture utérine je l'aurais envoyée au bloc mais heu... je ne vais pas faire un sauvetage fœtal... Je ne vais pas envoyer une femme en césarienne parce qu'elle a un rythme pourri, c'est évident, parce que je ne vais pas tuer sa mère d'un sepsis donc... voilà. Après tu réagis différemment, tu n'as pas la même logique. »

« Et au niveau matériel ? »

« Bah MSF, c'est une grosse asso qui a plein d'argent et qui a essayé d'investir quand même... Bon alors pour moi, maintenant avec le recul, je n'ai pas le même discours mais, à chaud en sortant de la mission, je t'aurais dit : «Tu as tout le matos avec MSF, il est nickel, tu as quand même des matériaux. » Je pense que c'est aussi parce que je compare... En tout, j'ai travaillé quatre mois dans des endroits en tant que sage-femme, vraiment dans des centres de santé en brousse et alors là, oui ça n'a rien à

voir ! Je n'avais rien... du tout à part une paire de ciseaux et deux cochères. Je n'avais rien, donc évidemment je trouvais que MSF c'était génial ! Heu... Objectivement non. Bien sûr que tu es en moyens limités, tu sais que tu ne vas pas... tu sais que tu vas avoir le choix entre deux antibiotiques, tu sais que tu vas avoir le choix entre trois traitements antirétroviraux, tu sais que pour les réa de ton nouveau-né euh.. »

« Il n'y a pas de quoi intuber ? »

« Non, non ça c'est sûr ! Peut-être tu as de quoi aspirer, tu auras au moins de l'oxygène enfin voilà quoi. C'est heu... De toute façon, la réa nouveau-né... Tu es là pour sauver la mère : s'il y a un enfant vivant voilà c'est génial mais sinon on ne va pas s'exciter, enfin dans les endroits où j'ai travaillé... Ce n'est pas comme ça partout, et je pense que, enfin je sais qu'à Haïti, ils ont construit une mater, c'est une mater donc là il y a de la réa nouveau-né, en Égypte aussi donc... Je pense que dans les projets de santé reproductifs c'est différent parce qu'on ne fait que de l'obstétrique. Enfin le but c'est de faire de l'obstétrique. Moi, mon but c'est, c'était d'avoir des bébés séronégatifs... vivants et des femmes qui allaient, qui vivaient jusqu'à la fin de la grossesse, qui vivaient après leur grossesse. C'était... mon objectif. Donc voilà... »

« Et donc tu avais un stétho de Pinard ? »

« Oui oui oui. Les plateaux d'accouchements c'est MSF qui les fournit. T'as tout un système de stérilisation, de plateaux d'accouchements. Nous, on avait des tables d'accouchements, on a changé les tables d'accouchements. On a fait construire, enfin moi j'ai demandé au lub qu'il fasse construire des tables pour pouvoir poser un petit matelas en plastique dessus pour les gosses enfin, bon à la fin ça ressemblait à une petite mater, c'est rudimentaire mais bon... »

« Et au niveau des suites de couches ? »

« Comme à Mayotte, elles restent douze heures... quand c'est bien. Quand tu les gardes longtemps, c'est douze heures mais sinon elles repartent. On les revoit pour le suivi, bon... après c'est biaisé parce que moi je m'occupais des VIH mais globalement toutes les autres dames, elles sont quand même revues ... à une semaine pour l'enfant donc en même temps tu vois la dame et tu les vois à un mois, un mois et demi pour la contraception. »

« Et donc toi au niveau de ta mission VIH, tu faisais quoi du coup? »

« Moi j'ai mis en place, enfin j'ai ouvert le programme dans trois ou quatre (contente) des centres sur les six et... j'ai beaucoup axé sur la consultation d'abord. La sage-femme d'après, elle a dû s'éclater en salle d'accouchement et celle d'après en contraception. Moi, concrètement, je ne sais pas te dire ma journée type. Ma journée type c'était... (Réfléchit) je me levais à 6h du mat', je bossais sur mon ordi de 6h30 à 8h30, je partais à 8h30 à pieds à l'hôpital et j'en revenais à 17h. A 17h jusqu'à, ça dépendait des fois, (ça pouvait aller de 18 à 2h du mat') fallait faire le reste que tu as à faire, que ce soit bah... sur l'organisation, la préparation de tes formations... et puis après, moi j'ai... moi j'avais passé un DU de médecine tropicale, mais je pense que j'ai quand même plein de truc à apprendre au niveau VIH... En tout cas au départ de la mission, j'avais quand même... J'ai passé beaucoup de temps dans mes bouquins et avec les infectiologues pour être sûre de pas dire de conneries, parce qu'on attend vachement, enfin moi j'avais la sensation qu'on attendait vachement de moi parce ce que... parce que si on m'envoyait sur une mission SIDA c'est que je m'y connaissais, après oui on t'y envoie parce que t'as un diplôme de médecine tropicale. Moi avant de partir j'ai appris par cœur de l'OMS VIH et protocole MSF enfin, j'ai revu mes cours sur le VIH enfin voilà... Au début, je pense que pendant 1h tous les soirs c'était du cours parce que... Après peut-être que je suis une angoissée mais heu... Moi j'en avais besoin : faire la part des choses, surtout dans les traitements, parce que après le reste ça allait, mais les traitements les molécules etc... Et ça, c'était le versant VIH avec les filles...

Après en consultation, tu es une collègue et puis... tu es une collègue un peu référente alors... moi je sais que la grande victoire de ma mission (sourire) a été d'introduire la roulette et faire une vraie datation de grossesse en semaine d'aménorrhée, voilà ! C'était ma grande victoire... Donc savoir apprécier cliniquement, vraiment faire une datation... Ça c'était mon versant obstétrique en consultations parce que, et bien parce que c'est un enjeu énorme dans la prise en charge VIH, si tu te plantes de semaines... Soit tu n'es pas efficace, soit tu fais des foetopathies enfin, donc voilà. »

« Ton meilleur souvenir ? Ou tes meilleurs souvenirs, tu en as peut-être plusieurs? »

« Heu... (sourire) Mes meilleurs souvenirs, ... je ne sais pas... (Réfléchit) une formation avec ... Certaines formations avec les sages-femmes... Peut être le plus beau cadeau que j'ai eu de là-bas c'était... quand je suis partie... Enfin un peu avant que je parte, quand j'ai commencé à annoncer que ma mission était bientôt terminée... quand ma collègue arriverait etc, je pense avoir eu une place particulière parce que j'étais la première sage-femme sur le projet et que... et que c'est comme partout dans le monde, la maternité c'est un peu un monde à part alors... ça fait dix ans qu'il y avait le projet et que personne ne s'était jamais occupé de la mater et que moi je suis arrivée et ... c'était génial ! Je pense que le meilleur souvenir c'est peut être les lettres que je reçois encore des maters là-bas et c'est peut-être... ouais c'est.... Je ne sais pas. »

« Tu voudrais y retourner ? »

« A Conakry, je ne crois pas. Oui et non. Oui parce qu'on a toujours envie d'y retourner, non parce que c'est toujours trop différent de ce qu'on a sublimé, non parce que quand tu retournes quelque part en Afrique, tu as la moitié des gens qui ne sont plus là, parce que... parce que c'est la vie. Et.... Et non parce que ce n'est pas ton rôle non plus quand tu fais de l'humanitaire, enfin ce n'est pas mon rôle... Parce que t'es passée 6 mois, et c'est le côté dur et c'est le côté beau. C'est triste, mais je ne crois pas. »

« Et ton ou tes pires souvenirs ? »

« Ma première mort maternelle, d'une hémorragie, voilà, c'est tout. Théoriquement on avait un super protocole et on avait... on avait... Qu'est ce qu'on avait déjà ? On avait du Synto, un dérivé du Synto, la nouvelle molécule qui n'a pas besoin d'être au frigo pendant 1 mois etc... et on avait l'équivalent du Cytotec intra vaginale au cas où ça merdait à mort, qu'on utilise peu quand même. Après cette hémorragie-là ne s'est pas produit dans ce contexte-là et...

C'était une hémorragie à la sauvage dans un hôpital dans lequel on n'avait pas encore mis le... Enfin faut dire aussi que quand tu arrives au début, au début d'un projet, tu trouves les hôpitaux comme ils sont, faut faire des choix et... Évidemment que tu as envie d'aller dans la salle d'accouchement où il y a les urgences vitales. En même temps, ce n'est pas ça que tu dois faire, tu ne fais pas... Enfin tu fais un projet

VIH, et tu dois commencer par le dépistage et pas forcément par la logique des choses et... Avant le moment où tu vas arriver avec ton matériel (parce que tu ne peux pas aller mettre des médicaments si tu n'as pas fait les formations de pourquoi on l'utilise, même si tu sais que il y a peut être des gens qui savent l'utiliser, mais tu ne peux pas le faire) Heu... Tu ne les mets pas tout de suite, ni tes médicaments ni ton matériel... Peut être que j'ai fait des conneries, que j'aurais dû les mettre avant, peu importe, mais dans cet hôpital là, il n'y avait pas encore de quoi prendre en charge de façon à peu près descente des hémorragies de la délivrance. Bon... »

« Et des anecdotes marquantes ? »

« Heu je ne sais pas... (Rire), Les infectiologues qui ne comprenaient pas bien comment c'était possible de faire accoucher des femmes avec si peu de CD4... Un test de grossesse positif sur une femme qui à trois CD4, c'est pas possible ! (Rire) Heu... Le fait que la maternité c'est vraiment (silence), le meilleur endroit de l'hôpital où que ce soit dans le monde... (silence)

La plus belle histoire c'est certainement avec la seule sage-femme qui faisait déjà du suivi PTME avec qui je travaillais, qui était à l'hôpital. C'est donc elle qui faisait le suivi femme-enfant jusqu'à 18 mois et j'étais là à la dernière consultation... À 18 mois, annonce de séronégativité ... C'était une gamine... Elle leur a dit au revoir en leur disant que c'était fini... Que maintenant, il n'y avait plus besoin de venir, que l'enfant était séronégatif. Elle lui a dit : au revoir, et que je ne te revois plus jamais ! Je crois que ça fait partie des meilleurs souvenirs et des plus belles choses... Ou les sages-femmes qui reviennent un peu sur les bancs de l'école et qui... Je ne sais pas, le fait qu'il y ait une dynamique de travail qui est vraiment différente... Tu arrives dans un centre hospitalier pour te présenter au début de ta mission en disant : « voilà, je suis là pour ça, ce serait bien qu'on se voit, rencontrer l'équipe, on pourrait se voir quand ? » Et qu'on te répond : « dimanche matin ? » « A ouais ? Bah ouais d'accord (sourire) ! » Tu ne peux pas imaginer ça dans un hôpital en France, tu ne peux imaginer ça nulle part d'autre que dans un endroit où on travaille juste pour sauver des patients, certainement pas pour gagner de l'argent. »

« Et toi par rapport à la population, tu t'es sentie bien comment ? »

« Moi j'ai un certain avantage avec ma couleur (rire) ! Moi je ne passe pas comme la blanche qui vient de là-bas, je change d'origine en fonction des pays où je

suis et... ça me va comme ça. Après, oui, je suis peut-être une grande utopiste, mais moi je ne crois pas qu'il y ait de barrière culturelle où que ce soit... Je crois que la culture c'est la musique, c'est la langue. La culture c'est... C'est la façon dont tu t'habilles, c'est la façon dont tu vis en famille, après le reste c'est des choses, c'est la bouffe, mais après tout le reste heu... Ce qui m'énerve beaucoup à chaque fois que je voyage, c'est d'entendre tous les expats dire que tout est culturel, que c'est culturel et que c'est... que la culture ça a quelque chose de sacré auquel on peut pas toucher. Alors à partir du moment où on dit que c'est culturel alors... En même temps, on s'en lave les mains, ça veut dire que l'action ne peut pas influencer mais... Non ! Le reste, c'est des traditions, c'est des idées toutes faites, c'est des clichés, c'est tout ce que tu veux mais ce n'est pas culturel... Moi je m'en fous un peu, enfin...

Moi je n'ai jamais eu de soucis avec les femmes avec qui j'étais, ou avec la population du fait de... Peut être parce que je m'en fous que ce soit culturel aussi, je ne voue aucune importance à ça, et puis parce que à partir du moment où tu es irrespectueux, tu peux rire de tout ! Je n'ai fait que des endroits, à part au Cameroun, j'étais que dans des endroits extrêmement, enfin... totalement musulman, ça ne m'a jamais gêné. Tu peux faire de l'humour sur tout, avec tout le monde. Voilà, moi j'ai une chef de service chez qui je venais toujours tous les lundis dans l'hôpital et je lui disais : « À lundi prochain ! » Et elle me répondait : « Oui à lundi, inch allah ! » Je ne lui jamais dis au revoir autrement qu'en lui disant : « oui enfin tu sais même si il ne veut pas, moi je serai là lundi (sourire) ! » Ça ne l'a jamais dérangé ! À la fin, quand j'ai fait ma passation, elle faisait des blagues racistes ! Mais je pense que non... (Silence) moi je n'ai jamais ressenti de grosses gênes culturelles, jamais à cause de la culture après...

Les gênes que moi je peux ressentir c'est... C'est à cause du niveau socio-économique, c'est le fait que tu habites dans des endroits... Bon, nous c'était un peu particulier mais... Je ne crois pas du tout que ce soit une loi MSF (enfin j'espère), on habitait dans un endroit... Que tu ais des endroits qui soient extrêmement confortables avec de quoi te divertir comme quand tu pars en Afghanistan, d'accord parce que de toute façon tu ne peux pas sortir, et c'est ça ou tu finis en hôpital psychiatrique... (Rire) Mais quand tu es dans un endroit où tu as un minimum de liberté pour sortir, quand tu es une ONG qui se sert d'être proche de la population, je ne demande pas à habiter dans un bidonville mais... je veux dire l'eau courante suffit, suffirait, et heu... l'électricité tu n'en as pas besoin 24h sur 24 non plus... Après, oui c'est gênant de te dire que... c'est dur de te dire que tu n'as pas le même traitement, c'est dur de ... de te dire que ton billet

il vaut deux mois de salaire du médecin, c'est dur de te dire que... que quand il y a une mesure de sécurité on ne protège que les expats et que toi tes collègues, ils vont quand même bosser et...

Moi quand j'étais en Guinée, il y a eu un coup d'État quand on y était, y'avait des check-point de militaires partout dans la rue, on a été collé à la maison parce que, oui évidemment c'était dangereux... mais tes collègues, eux, ils sont allés bosser donc voilà. Moi c'est ça qui me met mal à l'aise : c'est le fait que oui il y a des faveurs de traitements. Après, c'est normal parce que... parce que c'est valable pour ça, c'est valable pour... C'est juste le fait que toi tu peux partir... L'IVG aussi. Pour l'IVG, c'est parce que en mission, quand on pratique des IVG (et on en pratique toujours sauf... enfin je crois sauf en Afghanistan, en Somalie et au Soudan parce que là c'est vraiment... très difficile de faire ça...) mais à part dans ces endroits-là, MSF pratique des IVG... plus ou moins légalement... En général non, parce que il y peu de pays où c'est autorisé. Après, c'est toujours sur la responsabilité de l'expatrié qui les fait, avec des sages-femmes qui sont volontaires... C'est anonyme et ça reste très discret... Si il y a une merde tu vois... on peut fermer une mission pour ça, donc si il y une merde, c'est pas grave ! Toi tu es renvoyé dans l'avion et on s'en fiche quoi... Donc tu as beau essayé, tu as beau être proche de la population, tu dois... tu n'es pas la population, tu n'habites pas là, tu ne subis pas la pression sociale là, tu ne subis pas les dangers, et si tu es là, c'est bien... Enfin c'est bien parce que tu n'es pas dans la population, sinon t'aurais qu'une envie, c'est de te barrer de ce pays... Et toi tu y vas donc... Au-delà des patho psy que je pense on a tous quand on travaille en humanitaire... (Silence) Je crois que c'est ça qui est difficile, c'est de faire la part des choses... »

« Et ton retour France ? »

« C'est ça le problème en humanitaire, ce n'est pas partir, c'est rentrer. Je pense vraiment que... C'est jamais de... Le problème, ce n'est jamais de partir parce que si tu fais de l'humanitaire, c'est que tu veux partir... Après tu aimes ou tu n'aimes pas, ça te plaît ou ça ne te plaît pas, tu es bonne ou tu n'es pas bonne, on s'en fout. C'est comme dans tout, tu te lances... C'est un contrat de volontariat pas pour rien... Tu veux y aller, tu y vas, après heu... Après tu rentres... Moi, je n'en fait pas une loi, je ne sais pas pour les autres mais... (Silence)

Pour moi, ce qui est difficile, c'est que quand tu es partie, tu es prête à avoir un choc culturel. Je veux dire tu t'es blindée, tu t'es déjà dit que t'allais avoir peur de monter dans ton avion, peur de ce que tu vas trouver, tu sais que tout va être différent, que il y a des pays où tu vas devoir mettre un voile et machin... Enfin tu es au courant que tu pars différemment, tu es au courant que tu vas te baigner autre part et tu es au courant que ça va changer de température. Quand tu rentres, tu rentres chez toi alors... En ce qui me concerne c'était difficile parce que... Moi j'ai eu un choc culturel en rentrant, et je ne pensais pas l'avoir, vraiment... Je pense l'avoir assez mal vécu (sourire), parce que quand tu rentres, soit tu étais en CDI, tu avais pris ta dispo, tu sais quand tu vas rentrer pour travailler, tu as déjà une sécurité financière que tu n'as pas forcément quand tu es en CDD, parce que tu ne touches pas forcément le chômage, parce que MSF ce n'est pas du travail... voilà. Donc déjà financièrement (silence) vaut mieux préparer un tout petit peu ses arrières avant (sourire)... Mais ça, c'est un détail matériel j'ai envie de dire... Après, je ne sais pas si c'est valable que pour les départs en humanitaire, je pense que c'est valable pour tous les voyages longs. Dès lors que tu perds tous tes repères... Mais quand tu pars en humanitaire, tu changes les repères de ta vie quotidienne... Quand tu vas faire sage-femme au Cameroun, tu changes aussi toute ta façon de réfléchir et de travailler, et ce que je te disais tout à l'heure, tu arrives à être une sage-femme qui s'en fout de savoir si le bébé va être vivant ou pas.... (Silence) Tu vois, tu as changé... Et aussi, tout a tellement changé que toi, tu as été obligé de te remettre en question des millions de fois sur ta pratique professionnelle, ton attitude, sur ta façon de penser, sur tes certitudes et (silence)...

Oui, c'est une grosse remise en question que tu dois avoir dans la vie, quand tu fais un travail sur toi mais... mais là, qui s'impose à toi et que tu dois gérer en même temps que ton retour où tu es à la fois extrêmement contente de retrouver tout le monde, et en même temps... Tout le monde s' imagine des choses, et tout le monde va te poser les mêmes questions auxquelles tu as rien envie de répondre parce que ça correspond pas, et que c'est impossible... Enfin je veux dire, ce n'est peut être pas la première fois que j'arrive à raconter clairement ce que je faisais comme travail... Ça doit être la première fois que j'ai l'impression que la personne en face de moi a vaguement compris ce que je faisais comme travail tu vois ?

Tu ne peux pas rentrer dans un hôpital et que tes collègues sages-femmes te demandent ce que tu faisais : « bah écoute, je mettais en place un programme dans la prévention de la transmission du SIDA de la mère à l'enfant dans six centres de

santé... » Tu vois c'est complètement absurde... Tu es là pour faire des accouchements, pour faire des trucs physiologiques alors là-bas, tu prenais que des patientes avec le VIH et tu allais faire tes manœuvres... voilà... Et avec tes collègues, tu finis par... Il y a un espèce de fantasme du médecin humanitaire, tu sais avec son sac à dos et qui va naître des petits africains... Et que ces petits africains, ils sont gentils, ils n'ont rien mais ils donnent tout ! Voilà ! Et c'est ça, ici... Moi j'arrête de dire que je fais de l'humanitaire (rire), je ne le dis plus parce que je ne veux pas avoir de conversation...

Je pense, parce que t'as un choc violent où d'abord tu es contre tout et tu ne supportes rien, et un peu de colère parce que tu vas aller faire tes courses dans un supermarché et alors tu vas voir qu'il y a 17000 sortes de yaourts. Le pire c'est le rayon yaourt ! Tu as soixante sortes de yaourts dans le rayon, c'est pas possible ! Je ne sais pas tu as.... C'est pas possible ! C'est juste pas possible de gaspiller autant de bouffe, de gaspiller autant d'eau, c'est pas possible mais... après, ça, c'est d'un point de vue quotidien. D'un point de vue personnel, je pense que tes habitudes changent, tu ne veux plus acheter des vêtements, tu ne veux plus acheter des vêtements qui sont fait n'importe où et dans n'importe quelles conditions, je veux dire tu rentres de MSF, t'apprends à coudre quoi (rire) ! Tu ne peux pas non plus, enfin moi je ne peux pas gaspiller de bouffe, gaspiller d'eau. Je ne pouvais déjà pas trop avant mais là... Après au niveau professionnel... »

« Tu as appris des choses ? »

« Oui ! Rien que cliniquement, je pense que le stétho de Pinard c'est bon ! Tu n'as pas besoin d'écho pour faire une présentation, jamais ! Moi je suis toujours... Enfin j'ai oublié de prendre un échographe pour faire une présentation. Je me force à l'utiliser parce que je ne veux pas perdre ma pratique de l'échographie alors... J'en fais, mais jamais pour des présentations. Je fais des coups d'écho en demandant aux dames si ça ne les dérange pas que je fasse un coup d'écho pour rien, juste pour voir des images... J'essaie de faire des endo-vaginales aussi... Mais je veux dire voilà, tu fais tes prélèvements vaginaux, tu sais très bien... enfin cliniquement, toi, tu peux identifier le germe. Après le problème, c'est juste que tu ne sais plus quel antibiotique on doit mettre parce que il y en a beaucoup ici quand même (sourire) et c'est génial !

Il y a un côté génial quand tu rentres, parce que tu te rends compte vraiment de la capacité... Tu vas faire un traitement d'antibio probabiliste jusqu'à ce que tu récupères

ton PV, auquel cas tu auras ton antibiogramme et c'est merveilleux... Mais c'est vraiment merveilleux ! Ce n'est pas du gaspillage ! Enfin voilà, cliniquement, moi, j'essaie vraiment de lutter pour ne pas être trop clinique parce que... En Afrique, tu es clinique parce que tu dois l'être, et ici, tu as la possibilité de faire autre chose et... Moi j'ai vu des vieux praticiens qui avaient fait vachement d'humanitaire et qui bossent en hôpital... Et c'est pour ça que... Moi je pense que quand tu pars en humanitaire il y a deux solutions : soit tu ne repars plus, soit tu as juste envie de remonter dans l'avion...

Moi, je sais que vraiment cette année, je me suis forcée à ne pas partir parce que je voulais absolument retravailler en France... Pour l'instant, je n'ai pas la capacité de faire autre chose... Je crois qu'il faut que... que j'espace les missions... Je suis revenue en septembre, et quand en décembre on m'a demandé : « est ce que tu veux aller en Somalie ? » « Non ! » (rire) Et quand en janvier on m'a proposer le Sud Soudan ça m'a fait chier de dire non mais je crois qu'il ne fallait pas... Je, je ne suis pas prête et je ne suis pas assez sûre de mes acquis pour enchaîner les missions, j'ai tellement peur de perdre ma clinique... Parce que certes quand tu pars en humanitaire tu apprends, tu apprends mais... tu ne pratiques pas assez pour maîtriser, parce que tu n'es pas un clinicien quand tu pars en humanitaire... Enfin si, dans des missions d'urgence, et là... (la mission que je risque de faire le mois prochain, ce sera sûrement une mission d'urgence dans laquelle je vais m'éclater à faire la sage-femme... En plus de tout le reste, sauf que j'aurai certainement une plus grande part de sage-femme.) De la même façon que si tu pars sur un projet santé-repro, tu vas plus faire la sage-femme que sur un projet comme lequel je suis partie... Mais avec MSF, tu vas être envoyé sur une mission choléra comme sur une mission quoi que ce soit, des femmes qui accouchent, tu en as dans toutes les situations, et ce n'est pas forcément un projet santé-reproduction .

Moi je pense que j'ai aussi besoin de travailler en France parce que je crois que l'important, ton importance à toi quand tu pars en humanitaire, tu es le lien internet, je veux dire tu es là pour remettre à jour les gens et pour remettre à jour les connaissances et tu es la façon rapide d'accéder aux recommandations actuelles et internationales. Si tu ne fais que partir, tes cours ça va rester ta théorie de quand tu étais à l'école, plus quelques formations que tu auras faites ou DU que tu auras passé, mais ce n'est pas là dedans que tu apprends le plus. Là où tu apprends le plus, c'est quand tu discutes au staff avec des gynécos, c'est quand tu discutes ton dossier, quand tu fais quelque chose de vraiment clinique... et moi j'ai besoin de ça.

Moi je travaille dans une maternité, si tu veux c'est les bleuets versions bretonne. C'est une mater où le monitos en continu personne ne le fait, qui est extrêmement axée sur la physiologie et ce n'est pas pour rien que je suis là-bas non plus : accouchements dans l'eau et tout ce que tu veux.

Après, oui je pense que j'ai modifié ma pratique. Parfois, je ne me le dis pas dans le bon sens, parce que je pense que j'ai tellement peur d'avoir diminuer mon niveau de tolérance que peut-être je pêche par excès. Enfin moi, j'ai toujours peur, quand ça fait six mois, un an que j'ai bossé ailleurs, que je reviens et que je me retrouve face à des monitos qui sont ni pathos ni parfaits, et me dire : merde ! Et à prendre mon cours de monitos, à compter mes carrés et machins... Je le sais hein, mais je n'ai plus peur de l'inverse.

Après je pense que je n'ai pas assez de recul sur moi pour me rendre compte si ma pratique elle a vraiment changé, j'en sais rien, je sais que oui sur des choses cliniques... En anté-natal, oui... Un liquide amniotique ne va pas me faire peur à moins que j'ai des bouts dedans, une hémorragie de la délivrance ne me fera plus... enfin c'est bon quoi ! Des délivrances artificielles, des révisions utérines où les femmes elles perdent 800cc en une minute, j'en ai fait des quinzaines ! Je m'en fous de l'hémorragie de la délivrance... Après... J'ai ma capacité à réagir vite sur certaines choses... Les grandes pathologies comme l'éclampsie etc, tu en verras jamais des grosses... enfin ici tu en verras quelques unes, tu vas les diagnostiquer, mais soit tu as déjà mis ta canule de Guedel dans la bouche et c'est bon, soit tu es au début et ta prise en charge est rapide. Je pense que la seule chose dont je suis capable de me rendre compte sur ma pratique clinique, ce n'est pas positif : c'est que j'ai trop travaillé seule... et je travaille seule. Enfin, j'ai oublié qu'on avait des auxiliaires, des infirmières, que tu pouvais appeler ta collègue sage-femme si tu n'arrives pas à piquer, que si tu avais un doute sur un monito, peut être tu pouvais demander à ta collègue qui est dans le service pour qu'elle vienne voir... J'ai complètement oublié ! Je suis déjà heureuse d'avoir un gynéco que je puisse appeler...»

« Et au niveau de ta relation avec tes patientes, tu vois des changements? »

« Oui (sourire)... Je ne veux plus travailler en suites de couches, à jamais. Je ne suis plus capable. Je pense que déjà, je n'étais pas bonne sage-femme en suites de couches avant (rire) mais maintenant je ne peux plus. Je ne peux pas faire une mise aux

seins, je ne peux pas. Déjà parce que je n'en ai jamais fait depuis l'école et... (silence) Parce que je n'arrive pas à être rassurante, je n'arrive pas à cerner leurs attentes ici et je suis à côté de la plaque, je ne les comprends pas... Je ne comprend pas qu'on m'appelle dans la nuit pour me dire qu'un bébé pleure, je ne comprends pas les questions qu'on se pose, non ... Je ne dis pas qu'elles sont minimes, je ne les dévalorisent pas ! Chaque endroit a ses problèmes, ici, le problème c'est qu'on a une culture trop livresque, on n'a plus rien de pratique, on n'a pas de modèle maternel /maternant et que... je ne sais pas gérer ça, je ne sais pas répondre à ça, je ne sais pas être rassurante et je pense que je ne suis pas bonne pour les patientes donc voilà... Cette année, j'ai fait deux mois de suites de couches. Bon à part... à part les trucs horribles genre l'IMG que je cherchais à accompagner, à part celle qui a perdu son gamin que je sais accompagner, même les situations socio-économiques vraiment défavorisées, la toxico, je vais bien l'accompagner donc c'est bien pour ces patientes-là, mais pour la patiente normale je n'arrive pas.

« Et tu te sens plus tolérantes après ces missions ? »

« Oui ! Je ne sais pas si tu connais Bert Hellinger, il a écrit un bouquin qui s'appelle Constellation familiale et dedans il dit une phrase qui je crois résume tout : « je ne renie pas mes origines, ni les valeurs qui ont été les miennes mais j'ai appris à ce qu'elles ne soient plus absolues. » Avec les patientes de partout et d'ici aussi. Avant de partir j'étais beaucoup plus intolérante avec les patientes peut-être parce que... Avant de partir si une patiente me disait « mon bébé pleure la nuit » j'avais juste envie de lui répondre « bah oui c'est normal c'est un bébé ! » Maintenant, je comprends... Peut-être que c'est juste la pratique, la maturité je n'en sais rien, mais non, je sais juste que je n'ai pas une réponse adaptée à lui apporter, que je ne saurai pas être bienveillante avec elle et la rassurer assez. Mais je sais que c'est un vrai problème pour elle, et que si elle a appuyé sur le bouton c'est qu'elle est déjà arrivée à un stade d'angoisse... Je suis bien consciente de ce que ça représente pour elle, je suis consciente de ma limite à répondre à son problème, je... je n'arrive pas. Voilà !

J'ai fait deux mois de suites de couches, je ne pense pas avoir été délétère mais je ne pense pas avoir été particulièrement bienveillante non plus. Après, oui ça a changé, je m'en suis rendue compte, enfin moi je ne m'en suis pas vraiment rendue compte mais... Dans les deux mois de suites de couches, il y a trois couples qui m'ont dit « Vous ne travaillez pas ici d'habitude, on ne vous a jamais vue, mais en tout cas on

vous remercie car vous avez un point de vue qui est différent » Donc moi j'en sais rien, je ne m'en suis pas rendue compte parce que je ne travaille pas avec les autres collègues (rire) mais voilà... »

« Et au niveau personnel ? »

« Je pense que je connais certainement, comme chaque sage-femme selon son parcours, il va y avoir des choses sur lesquelles elle va être très à l'aise et d'autres qui lui foutront les jetons jusqu'à la fin de ses jours... Moi, j'ai toujours peur d'un rythme qui merde, je n'ai pas peur d'un liquide teinté, je n'ai plus trop peur d'une hémorragie de la délivrance, même si bon... ça fait quand même (rire) un peu peur mais voilà. Personnellement, je sais beaucoup plus identifier mes limites, je suis plus claire avec... Après c'est sûr que travailler dans les situations comme ça, ça accélère un peu tout, pareil que d'avoir travaillé un an en dispensaire à Mayotte : je pense que c'est comme si j'avais travaillé trois ans parce que il y avait une grosse charge de travail, parce que tu es toute seule avec un médecin urgentiste, parce que tu apprends à être structurée plus simplement, parce que tu apprends à mieux gérer les urgences ! Quand tu es toute seule avec cinq femmes en travail, faut que tu te démerdes. »