



HAL
open science

Vécu des sages-femmes : entre missions humanitaires dans les pays en voie de développement de la Région africaine et maternités françaises

Mélanie Moreau

► To cite this version:

Mélanie Moreau. Vécu des sages-femmes : entre missions humanitaires dans les pays en voie de développement de la Région africaine et maternités françaises. Gynécologie et obstétrique. 2016. <dumas-01441041>

HAL Id: dumas-01441041

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01441041v1>

Submitted on 19 Jan 2017

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.



HAL Authorization

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

VECU DES SAGES-FEMMES
Entre missions humanitaires dans les pays en voie de
développement de la Région africaine et
maternités françaises

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme

Présenté et soutenu par

Mélanie MOREAU

Sous la direction de

Mme Valérie DENOIT - Gynécologue-obstétricien

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Madame Valérie DENOIT, médecin gynécologue-obstétricien, pour avoir accepté la direction de mon mémoire ;

Madame Sylvie HENRARD, sage-femme enseignante référente, pour ses conseils lors de l'élaboration du mémoire ;

Cécile ROY pour sa gentillesse et son soutien dans mes projets concernant l'humanitaire ;

L'association Gynécologie Sans Frontières pour avoir si gentiment accepté de diffuser ma demande d'entretien auprès des sages-femmes concernées ;

Les 10 sages-femmes ayant accepté de réaliser les entretiens pour leur patience et leur disponibilité ;

L'ensemble du personnel du projet SMI de Handicap International au Togo pour m'avoir initiée à ce qu'est une mission humanitaire ;

Mes parents pour leur soutien et leurs minutieuses relectures.

Sommaire

GLOSSAIRE.....	3
I.INTRODUCTION	4
1)Les missions humanitaires :	6
2) Formation des sages-femmes en France :	6
3)En Afrique :.....	7
II.MATÉRIEL ET MÉTHODE	10
III.RESULTATS	12
1)Population (n=10) :	12
2)Réalisation des entretiens :.....	12
3)Année et le lieu d'obtention du diplôme :	12
4)Parcours professionnel :	13
→ Nombre d'années d'exercice avant la première mission à l'étranger	13
→ Secteur(s) d'exercice privilégié(s) avant la première mission	13
5)Pourquoi s'engager dans une mission humanitaire ?.....	13
6)Missions humanitaires :	14
→ Nombre de missions.....	14
→ Lieux et durées des missions.....	14
→ ONG de départ	15
→ Types de missions et travail des sages-femmes	15
7)De la France vers l'Afrique subsaharienne :.....	16
→ Visions et attentes de la mission avant le départ.....	16
→ Réalité des missions	17
→ Aide à l'adaptation.....	19
8)De l'Afrique subsaharienne vers la France :.....	20
→ Avant le retour en France	20
→ Réalité du retour en France	21
→ Aide à l'adaptation.....	22
9)Repartir en mission ?.....	22
IV.ANALYSE ET DISCUSSION	23
1)Discussion méthodologique :	23
→ Recrutement de la population	23
→ Taille de l'échantillon	23
→ Réalisation des entretiens.....	23
→ Utilisation de l'entretien semi-dirigé	24
→ Expérience propre	24
→ Biais de mémorisation.....	25
2)Discussion :	25
→ De la France vers l'Afrique, adaptation à la différence de médicalisation.....	26
→ De l'Afrique vers la France, adaptation à la différence de médicalisation.....	30
→ Repartir en mission ?.....	32
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXE 1 – Pays des Régions africaine et européenne	
ANNEXE 2 - La pratique de sage-femme dans le monde – Profils de pays	
ANNEXE 3 - Grille d'entretien	
ANNEXE 4 - Présentation des ONG	
ANNEXE 5 - Demande d'autorisation pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'étude	

GLOSSAIRE

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

DU : Diplôme Universitaire

GSF : Gynécologie Sans Frontières

HAS : Haute Autorité de Santé

HI : Handicap International

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

IDH : Indicateur de Développement Humain

MDM : Médecins Du Monde

MSF : Médecins Sans Frontières

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PPUN : Passeport Pour Une Naissance

PU/AMI : Première Urgence/Aide Médicale Internationale

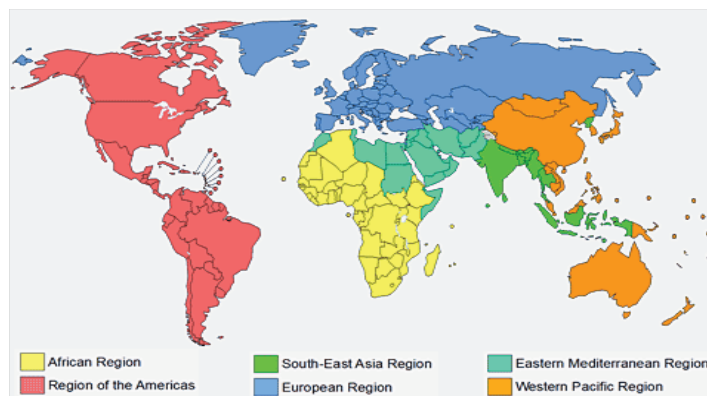
RCA : République Centrafricaine

RDC : République Démocratique du Congo

SF : Sage-Femme

I. INTRODUCTION

Chaque année, les Statistiques Sanitaires Mondiales sont publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1]. Les volumes de la série des Statistiques Sanitaires Mondiales contiennent, entre autres, une compilation annuelle par l'OMS des données relatives à la santé concernant ses 194 États Membres. Ces données sont également présentées sous la forme d'une répartition des pays en 6 Régions sanitaires définies par l'OMS : la Région africaine, la Région des Amériques, la Région de l'Asie du Sud-Est, la Région européenne, la Région de la Méditerranée orientale et la Région du Pacifique occidental.



Cette répartition par régions laisse apparaître de nombreuses disparités sur le plan de la santé. Ces disparités sont d'autant plus flagrantes entre la Région européenne, dont fait partie la France, et la Région africaine où l'on retrouve de nombreux pays à très faible IDH (Indicateur de Développement Humain). La région Africaine regroupe en effet 46 pays [ANNEXE 1] dont 38 font partie des 50 pays à plus faible IDH selon le classement de l'année 2013 [2].

Voici quelques exemples, sous forme de tableau, de chiffres retrouvés sur la période 2006-2013 dans le domaine de l'obstétrique et publiés par l'OMS [1] :

	France	Région européenne	Région africaine	Minimum mondial	Maximum mondial	Médiane mondiale
Densité du personnel de santé - Médecins (pour 10.000 habitants)	31,8	33,1	2,6	0,1 (Liberia)	77,4 (Qatar)	12,8
Personnel infirmier et sages-femmes (pour 10.000 habitants)	93,0	80,5	12,0	1,1 (Somalie)	173,6 (Suisse)	28,4
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (en %)	97	98	48	9 (Somalie)	100	96
Couverture par les soins anténatals (en %) <i>Au moins 1 visite</i>	100	-	75	22 (Somalie)	100	94
<i>Au moins 4 visites</i>	99	-	47	6 (Somalie)	100	72

Cette différence entre les pays a eu pour conséquence la création et le développement de plus en plus important d'Organisations Non-Gouvernementales (ONG), telles que la Croix Rouge ou Médecins Sans Frontières, en vue d'apporter un soutien aux pays dont la couverture de santé ne se suffit pas à elle-même. Un certain nombre de sages-femmes françaises effectuent donc des missions via ces ONG de manière ponctuelle dans leur carrière ou bien de manière régulière [3-5].

Cependant la formation des sages-femmes en France ainsi que l'exercice de la profession sont adaptés à un certain type de fonctionnement, souvent très médicalisé, et à des ressources beaucoup plus élevées que celles des pays de destination où sont souvent recensés un manque de personnel qualifié, un manque de matériel ainsi qu'un déficit de moyens financiers pour y pallier [6-7].

On peut ainsi retrouver, par exemple, les chiffres suivants dans les Statistiques Sanitaires Mondiales [1] :

- Dépenses totales en santé par habitant en 2011 :
 - France : 3680 €
 - Région africaine : 73 €
- Dépenses des administrations publiques en santé par habitant en 2011 :
 - France : 2824 €
 - Région africaine : 36 €

Les sages-femmes qui effectuent des missions de type humanitaire se retrouvent alors dans des pays où la clinique est souvent le seul moyen de poser un diagnostic sans avoir la possibilité d'étayer celui-ci avec des moyens para-cliniques. [4-5,8-9]

En restreignant les pays de destination des sages-femmes françaises à ceux de la Région africaine afin de garder une certaine similarité dans la culture et les besoins des populations locales et alors qu'il y existe une telle différence entre les pratiques des sages-femmes en France et cette Région, on peut se poser la question suivante :

« Sages-femmes françaises et missions en Région africaine, comment s'adapter à la différence de médicalisation ? »

L'objectif principal de la recherche est d'analyser le vécu des sages-femmes face à la différence de médicalisation entre la France et la Région africaine.

Les objectifs secondaires de la recherche sont d'explicitier les ressources personnelles mises en œuvre par les sages-femmes pour s'adapter à cette différence ainsi que de déterminer ce qui conduit les sages-femmes à repartir ou non en mission humanitaire.

Voici tout d'abord quelques notions permettant une meilleure approche du sujet.

1) *Les missions humanitaires :*

Philip Ryfman définit l'action humanitaire comme étant « une assistance fournie par un seul ou une conjonction d'acteurs, s'insérant à des niveaux variés dans un dispositif international de l'aide, régie 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'existences 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.[13-14] »

On distingue actuellement deux types de missions humanitaires :

- Les missions d'urgence
- Les missions de développement

L'urgence, comme son nom l'indique, intervient brutalement dans des conditions extrêmes. Les missions d'urgences sont donc réalisées dans des contextes de guerres ou de catastrophes naturelles par exemple. Il s'agit de pallier au plus vite les besoins essentiels et immédiats des populations le plus souvent dans un but de survie.

Les missions de développement ont, quant à elles, davantage un objectif d'amélioration sur le long terme. Dans le domaine de l'obstétrique, par exemple, il s'agit d'aider les populations à mettre en place un système de soin permettant l'amélioration globale de la santé maternelle et infantile en construisant et réhabilitant des centres de soins, en fournissant du matériel, en formant du personnel ou encore en sensibilisant la population.

La différence entre ces 2 types de missions humanitaires est cependant de moins en moins marquée. De nombreuses Organisations Non Gouvernementales (ONG) interviennent régulièrement dans certains pays dans l'urgence en première intention puis leurs interventions se prolongent et les missions deviennent progressivement des missions de développement. A l'inverse, certaines missions de développement sont déjà en place depuis un certain temps lors de la survenue d'une catastrophe naturelle ou d'une guerre qui remet en question les objectifs premiers de l'intervention qui devient alors une mission d'urgence.

2) *Formation des sages-femmes en France :*

La formation des sages-femmes en France est réglementée par l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme [10]. Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois le 23 mars 2013. Il établit à l'article 1 du Chapitre I que :

Les études en vue du diplôme d'État de sage-femme se composent de deux cycles :
1- *Le premier cycle est sanctionné par le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ; il comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens, correspondant au niveau licence. Les deux premiers semestres correspondant au niveau licence. Les deux premiers semestres correspondent à la première année commune aux études de santé, organisée par l'arrêté du 28 octobre 2009 susvisé.*
2- *Le deuxième cycle, défini au chapitre II du présent arrêté, sanctionne l'acquisition d'une formation approfondie en sciences maïeutiques ; il comprend quatre semestres de formation validés par l'obtention de 120 crédits européens correspondant au niveau master.*

Les études françaises pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme ont ainsi une durée de cinq ans. L'article 5 du Chapitre II de cet arrêté établit les objectifs de cette formation :

1° La formation a pour objectifs :
a) *L'acquisition des connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme complétant et approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent. Cette base de connaissances comprend des sciences fondamentales et biomédicales, des sciences humaines et sociales, la santé publique et l'ensemble des disciplines nécessaires à l'exercice de la maïeutique, tel que défini à l'article L. 4151-1 du code de la santé publique ;*
b) *L'acquisition de connaissances pratiques et de compétences au cours de la formation clinique et des stages ;*
c) *Une formation à la démarche scientifique ;*
d) *L'apprentissage du travail en équipe pluriprofessionnelle et l'acquisition des techniques de communication indispensables à l'exercice professionnel ;*
e) *La sensibilisation au développement professionnel continu comprenant l'évaluation des pratiques professionnelles et l'approfondissement continu des connaissances.*

Il est ainsi établi que la formation initiale est à la fois théorique et pratique. Un grand nombre de compétences sont à acquérir par l'étudiant sage-femme qui une fois diplômé doit continuer à se former par le renouvellement et la mise à jour de ses connaissances.

Le nombre des sages-femmes formées en France est régulé par le Numerus clausus. En 2016, les études de sages-femmes sont ouvertes à un total de 1005 étudiants. Entre 2009 et 2015, ce nombre a varié entre 1012 et 1017 places [11]. En 2015, il y a donc en France un total de 148 sages-femmes pour 100.000 habitants, cette densité étant calculée uniquement sur une population féminine de 15 à 49 ans.

3) En Afrique :

Il est difficile d'obtenir des données précises ou récentes sur la formation des sages-femmes en Afrique selon les pays. Une étude publiée en 2011 sur la pratique des sages-femmes dans le monde portant sur l'ensemble de 58 pays permet d'obtenir un certain nombre d'informations portant sur les années 2008 et 2009 [12].

Ci-après sont retranscrites sous forme de tableau les données suivantes : le nombre d'habitants et le nombre de sages-femmes par pays, la durée de la formation des sages-femmes ainsi que le nombre total d'écoles et d'étudiants sage-femme dans chaque pays [12]. Pour une meilleure appréhension de la qualité des soins dans ces pays, les taux de mortalité néonatale et de mortalité maternelle [1] ainsi que le pourcentage d'accouchements réalisés par un soignant qualifié ont également été ajoutés. Afin de restreindre le nombre de données, ne sont retranscrites dans le tableau que les informations concernant les pays de la Région africaine qui seront évoqués par la suite lors de la recherche menée pour ce mémoire, à l'exclusion de l'Angola, non incluse dans l'étude de 2011.

Le terme « sage-femme » employé ici inclut à la fois les sages-femmes formées en tant que telles, les infirmières ayant reçu une formation complémentaire en obstétrique et les infirmières sans formation complémentaire ayant les compétences de la sage-femme. En plus des sages-femmes, il existe également un certain nombre d'accoucheuses traditionnelles, ou matrones, qui n'ont reçu aucune formation officielle et qui obtiennent ce statut auprès des populations le plus souvent par transmission de savoir d'une accoucheuse à une autre ou parce que dans leur vie elles ont plusieurs fois été confrontées à leur propre maternité ou à celle des femmes de leur entourage. Les accoucheuses traditionnelles ne sont pas reconnues officiellement et ne sont donc pas comptabilisées parmi les sages-femmes recensées ni considérées comme soignants qualifiés lors de la réalisation des accouchements.

La formation des sages-femmes pour les pays étudiés varie entre une durée de 12 mois au Kenya à 48 mois en République Centrafricaine contre 60 mois en France. Le nombre de sages-femmes pour 100.000 habitants (toute population confondue) varie de 0,61 au Cameroun à 14,7 à Madagascar, si l'on exclut le Kenya qui a une densité de sages-femmes à 59,7 pour 100.000 habitants mais qui a un taux d'accouchements réalisés par un soignant qualifié parmi les plus faibles (42%). A titre de comparaison, à la même période, la France comptait 30,5 sages-femmes pour 100.000 habitants (toute population confondue).

La disponibilité et la qualité des soins en obstétrique est en partie reflétée par le taux de mortalité néonatale (probabilité de décès au cours des 28 premiers jours de vie) qui varie pour ces pays, en 2012, entre 22 (Madagascar) et 44 (République Démocratique du Congo) décès pour 1.000 naissances vivantes, contre 2 en France. Le taux de mortalité maternelle en est également un reflet avec une variation allant de 320 (Mauritanie et Sénégal) à 980 (Tchad) décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2013, contre 9/100.000 en France.

Ces quelques notions, brefs aperçus de la disparité entre la France et les pays d'Afrique subsaharienne, devraient permettre une meilleure approche du sujet dans sa globalité.

Tableau récapitulatif des données démographiques des sages-femmes, des formations et des taux de mortalité de certains pays d'Afrique subsaharienne [1;12].

Pays	Nombre d'habitants (en milliers)	Sages-femmes ⁽¹⁾ (incluant infirmières/sages-femmes)	Durée de la formation	Nombre total d'écoles	Nombre d'élèves sage-femme au total (en 2009)	Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes (en 2012)	Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes (en 2013)	Accouchements réalisés par un soignant qualifié (en %)
Cameroun	19.958	122	24 mois	4	73	28	590	63
Côte d'Ivoire	21.571	2.553	36 mois	4	1378	40	720	57
Kenya	40.863	24.421	12 à 42 mois	60	-	27	400	42
Madagascar	20.146	2.969	36 mois	21	520	22	440	51
Mali	13.323	1.579	36 mois	49	-	42	550	49
Mauritanie	3.366	350	36 mois	2	885	34	320	61
RCA ⁽²⁾	4.506	511	36 mois	1	100	41	880	53
RDC ⁽²⁾	67.827	5.728	36 à 48 mois	38	1163	44	730	74
Sénégal	12.861	990	24 à 36 mois	136	-	24	320	52
Tchad	11.506	220	36 mois	21	-	40	980	14
Togo	6.780	413	36 mois	4	840	33	450	62
France	64,370	19.651 (en 2009)	60 mois	38	+/-5000	2	9	97

Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008.

Les données sont parfois « non disponibles ». Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier.

⁽¹⁾Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice. ⁽²⁾République Centrafricaine. ⁽³⁾République Démocratique du Congo.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude a reposé sur une enquête qualitative prospective menée sous forme d'entretiens semi-dirigés en vis-à-vis ou via Skype.

La population incluse dans l'étude était les sages-femmes ayant été formées en France et/ou ayant exercé la profession de sage-femme en France et ayant au moins une expérience de mission avec une ONG en Région africaine.

Aucun critère de non inclusion n'a été retenu.

Les critères de jugements utilisés pour l'étude du vécu sont [8-10] :

- L'année et le lieu d'obtention du diplôme
- La localisation de la sage-femme lors de l'entretien : en France ou à l'étranger
- Le parcours professionnel :
 - Nombre d'années d'exercice avant la première mission à l'étranger
 - Secteur d'exercice privilégié de la profession (secteur libéral/hospitalier, consultations/bloc obstétrical/suites de couches...)
 - Démarche ayant menée à l'engagement dans une mission humanitaire
 - ONG de départ
 - Nombre de missions effectuées au total/en Afrique subsaharienne
 - Lieu et durée des missions
 - Description et type des missions (urgence, développement,...)
- France vers Afrique subsaharienne :
 - Vision et attentes de la mission avant le départ
 - Premières impressions, confrontation réalité-attentes
 - Difficultés rencontrées ou non
 - Ressources personnelles mises en œuvre pour s'adapter aux impératifs de la mission
 - Ce qui a manqué à la sage-femme pour s'adapter
- Afrique subsaharienne vers France :
 - Avant le retour en France : appréhensions dues à celui-ci
 - Confrontation entre la réalité du retour et l'imaginaire/les à priori (positifs ou négatifs)
 - Difficultés rencontrées ou non
 - Ressources personnelles mises en œuvre pour s'adapter au retour en France
 - Ce qui a manqué à la sage-femme pour s'adapter

- Choix de repartir ou non en mission
- Différences entre la première mission et les missions suivantes

L'ensemble des données a été rassemblé lors d'entretiens semi-dirigés. La trame de ces entretiens est fondée sur l'ensemble des critères de jugement sous la forme de questions ouvertes et fermées [ANNEXE 3]. Une dizaine d'entretiens était attendue.

Les personnes interviewées ont été recrutées en partie via un réseau personnel. Une personne relais possédant un carnet d'adresse de sages-femmes pouvant être incluses dans l'enquête a été sollicitée pour transmettre à ces personnes un mail expliquant l'étude. Il était ensuite laissé au choix des destinataires du mail de prendre contact ou non avec l'étudiante sage-femme réalisant l'étude. Un deuxième recrutement a été effectué en parallèle par la demande de diffusion du mail de prise de contact à l'ONG Gynécologie Sans Frontières. Enfin un troisième recrutement s'est effectué lors des premiers entretiens, les sages-femmes interviewées étant sollicitées pour proposer une mise en relation avec d'autres sages-femmes pouvant être incluses dans l'enquête.

Les entretiens ont ensuite été organisés en vis-à-vis ou via Skype selon la localisation de la personne interviewée au moment de l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés après accord préalable des personnes interviewées et le contenu des enregistrements a été retranscrit [ANNEXE 1], anonymisé et analysé pour constituer le mémoire.

II. RESULTATS

1) Population (n=10) :

Un total de 13 sages-femmes correspondant aux critères d'inclusion dans l'étude a répondu à la demande de participation à celle-ci. Sur ces 13 sages-femmes, 10 entretiens ont pu être réalisés. 3 entretiens n'ont pas pu être réalisés avec des sages-femmes ayant répondu initialement à la demande d'entretien. Dans 1 cas, l'entretien n'a pas pu être réalisé pour raisons techniques, la localisation de la sage-femme ainsi que la mauvaise connectivité internet rendant impossible l'entretien par Skype ou par téléphone. Les 2 autres sages-femmes ne répondaient pas aux mails de relance et ont donc été perdues de vue.

2) Réalisation des entretiens :

L'ensemble des entretiens a été réalisé sur la période suivante : Novembre 2015 à Mars 2016. 7 entretiens ont été réalisés par Skype, dont 4 avec uniquement l'audio et 3 avec audio et vidéo, et 2 entretiens ont été réalisés en vis à vis. Ces 9 entretiens ont été enregistrés et leurs contenus retranscrits. 1 entretien téléphonique a été réalisé suite à l'impossibilité d'effectuer un entretien par Skype, l'enregistrement n'étant pas possible des notes ont été prises tout au long de l'entretien.

Les entretiens par Skype et en vis à vis ont une durée comprise entre 20 et 39min avec une durée moyenne de l'entretien de 29min¹/₂. L'entretien téléphonique a duré 1h19.

Lors des entretiens, 6 sages-femmes se trouvaient en France et 4 sages-femmes à l'étranger. 1 sage-femme se trouvait au Togo, 1 en Côte d'Ivoire, 1 à Barcelone et 1 à Montréal.

3) Année et le lieu d'obtention du diplôme :

Sur les 10 sages-femmes interviewées, 9 d'entre elles ont été diplômées en France entre 1987 et 2012 dans les Écoles de sages-femmes suivantes :

- Université Catholique de Lille : 2 sages-femmes (1995 et 2012)
- Dijon : 2 sages-femmes (1987 et 2011)
- Lyon : 1 sage-femme (2005)
- Montpellier : 2 sages-femmes (2008 pour les deux)
- Nancy : 1 sage-femme (1994)
- Rouen : 1 sage-femme (2009)

1 sage-femme a été diplômée en 2010 à l'École Sainte Julienne de Liège en Belgique.

4) Parcours professionnel :

→ *Nombre d'années d'exercice avant la première mission à l'étranger*

Les sages-femmes interviewées ont exercé entre 6 mois et 22 ans en France métropolitaine et DROM (Départements et Régions d'Outre-Mer) avant de réaliser leur première mission en Afrique Subsaharienne. Pour 6 des sages-femmes cette période est comprise entre 2 et 4 ans. Les 4 autres sages-femmes ont respectivement exercé leur profession 6 mois, 8 mois, 7 ans et 22 ans avant de faire de l'humanitaire.

→ *Secteur(s) d'exercice privilégié(s) avant la première mission*

6 sages-femmes ont exercé uniquement en France Métropolitaine avant de partir en Afrique Subsaharienne. Parmi les 4 autres sages-femmes, 2 ont exercé en France Métropolitaine et DROM et 2 uniquement en DROM. Les DROM où ces 4 sages-femmes ont exercé sont Mayotte pour les 4 et la Guyane pour 2 d'entre elles.

Toutes les sages-femmes ont travaillé en secteur hospitalier : maternités de niveau I, II et III ainsi qu'en dispensaire à Mayotte. 2 sages-femmes ont également travaillé en libéral.

Les 10 sages-femmes ont travaillé en Salles de Naissance, 9 en Suites de Couches et 7 dans le service de Grossesses pathologiques. 7 sages-femmes ont effectué des consultations prénatales et, parmi elles, 2 ont également effectué des consultations gynécologiques. 1 sage-femme a travaillé dans un service de néonatalogie.

1 sage-femme a passé un Diplôme Universitaire en Médecine Tropicale.

5) Pourquoi s'engager dans une mission humanitaire ?

Lors des entretiens, lorsque la question a été posée de savoir pourquoi les sages-femmes souhaitaient partir en humanitaire, elles ont toutes évoqué le fait d'avoir « toujours eu envie de partir », « toujours eu envie de faire de l'humanitaire », certaines depuis l'enfance.

Les raisons évoquées par les sages-femmes pour l'envie de partir sont les suivantes :

- Envie de voir son métier autrement
- Envie de bouger, de voyager, de découvrir d'autres cultures
- Partager son expérience

« Au départ c'était essentiellement vivre des choses... c'était voyager d'abord, et puis je pense que je voulais vivre des choses intenses. Donc au départ c'était peut-être finalement purement égoïste. Et puis après je me suis dit que dans ce métier là si j'avais quelque chose à apporter à d'autres personnes ailleurs et bien pourquoi pas ? Après c'était plus dans une notion de partage. Au départ c'était purement égoïste, c'était voyager, voir autre chose, découvrir d'autres personnes, d'autres paysages, et vivre des sensations fortes. Voilà, c'était essentiellement ça. » Entretien n°5

« Pourquoi j'ai voulu faire de l'humanitaire ? [...] Envie de voir mon métier autrement, c'est toujours la question... Envie de bouger aussi assez personnelle, envie de voir autre chose, comment s'exerce mon métier ailleurs... Et puis, voilà, partager mon expérience avec d'autres populations et tout ça, puis voir comment ça se passe là bas. » Entretien n°3

6) Missions humanitaires :

→ *Nombre de missions*

Les sages-femmes interviewées ont réalisé entre 1 et 14 missions humanitaires tous pays du monde confondus et entre 1 et 9 missions en Afrique subsaharienne. 1 des sages-femmes était en train d'effectuer sa première mission lors de la réalisation de l'interview.

→ *Lieux et durées des missions*

Un total de 12 pays sur les 46 de la Région africaine [ANNEXES 1-2] est concerné par les missions réalisées par les sages-femmes interviewées :

- Mauritanie
- Mali
- Sénégal
- Tchad
- République Démocratique du Congo (RDC)
- République Centrafricaine (RCA)
- Cameroun
- Côte d'Ivoire
- Angola
- Kenya
- Madagascar
- Togo

Les autres pays concernés par les missions humanitaires réalisées et ne faisant pas partie de la Région africaine sont la Bolivie, le Nicaragua, l'Inde, le Sud-Soudan, Haïti, l'Afghanistan, la Jordanie, le Laos et la France.

La durée d'expatriation en Région africaine varie entre 10 jours et 3 ans ½ pour des missions, parfois successives, de 10 jours à 2 ans.

→ *ONG de départ*

Les différentes ONG de départ des sages-femmes sont : Médecins du Monde (MDM),

Médecins Sans Frontières (MSF), Fidesco, Passeport Pour Une Naissance (PPUN), Première Urgence et Aide Médicale Internationale (PU/AMI), Handicap International (HI), Santé Sud, Gynécologie Sans Frontières (GSF) et l'association Aïna – Enfance et Avenir.

1 sage-femme a également créé sa propre association pour une durée de 1 an ½ lorsqu'elle se trouvait en Région africaine.

→ ***Types de missions et travail des sages-femmes***

9 des 10 sages-femmes ont réalisé des missions de développement. Pour 5 d'entre elles, ces missions de développement se sont déroulées dans un contexte d'urgence (guerre, post-séisme, mortalité maternelle).

Selon les missions, le rôle de la sage-femme était différent :

- Réalisation d'accouchements, consultations prénatales et gynécologiques, vaccination des enfants
- Formations des accoucheuses traditionnelles et sages-femmes
- Compagnonnage (volet pratique des formations théoriques)
- Supervision
- Mise en place des soins primaires, de protocoles (hygiène, transfert des patientes,...).
- Éducation des populations (santé des familles, éducation sexuelle, hygiène)
- Management d'équipe, gestion logistique et financière
- Réhabilitation sanitaire post conflit
- Responsabilité de centres de santé et de crèches solidaires, direction de projet
- Ouverture de projet, de centres de santé, de centres d'aide pour les enfants malnutris, d'une maison de naissance
- Réalisation du processus de fermeture et de passation des projets

3 sages-femmes ont effectué des missions d'urgence en zone de guerre. Lors de ces missions, elles avaient les responsabilités suivantes :

- Coordination des équipes médicales (projet d'urgences chirurgicales)
- Management (embauche, création de pharmacie, réalisation des plannings, réhabilitation des maternités et centres de santé,...)
- Prise en charge des urgences obstétricales chez les populations réfugiées

1 sage-femme a réalisé des missions à but exploratoire et anthropologique et a organisé un atelier d'échange sur la négociation socio-culturelle des pratiques professionnelles.

7) De la France vers l'Afrique subsaharienne :

→ *Visions et attentes de la mission avant le départ*

Avant le départ en première mission, voici les différentes visions, attentes et appréhensions décrites par les sages-femmes interviewées, en ordre décroissant selon le nombre d'évocations lors des interviews :

- Aucune projection dans le cas de 3 sages-femmes.

« *Donc ce à quoi je m'attendais, je saurais pas trop te dire parce qu'à chaque fois que je suis partie en mission, moi, je partais un peu comme une feuille vierge, je me projette pas trop... je me dis que ce qui sera, sera et je me fais pas trop de film avant. De toutes façons, en général, entre la fiche de poste et ce que tu découvres sur place souvent c'est très, très différent.* » Entretien n°1

« *En fait, ce qu'il s'est passé, c'est qu'entre le moment où j'ai postulé et le moment où je me suis retrouvée en RDC, il s'est passé 1 semaine. [...] ils m'ont demandé si j'étais disponible pour partir tout de suite et j'étais disponible, du coup je ne me suis pas tellement attendue à grand chose parce que j'ai pas eu le temps de réaliser. Entre le moment où j'ai décidé de postuler pour MSF et le moment où je me suis retrouvée là bas au milieu de la guerre, il s'est pas passé [...] beaucoup de temps, du coup c'est plutôt une fois sur place que j'ai commencé à réaliser un petit peu ce qu'il se passait.* » Entretien n°4

- Appréhensions sur les conditions de vie, sur le plan pratique pour 3 sages-femmes.

« *...c'était un peu flou : qu'est ce que j'allais devoir faire ? En pratique, comment ça allait se passer ? Et puis des trucs tout bête, mais j'allais faire quels horaires ? Comment ça se passait la vie entre expatriés ? Tout ça. Enfin c'était... tout était un peu flou.* » Entretien n°6

- Connaissance assez précise des pratiques en Région africaine de la part de 3 sages-femmes par la réalisation de stages pendant leurs études

- Crainte des niveaux d'exigence dans la pratique une fois sur le terrain, de se retrouver seule face à des situations critiques pour 2 sages-femmes.

« *Crainte de ne pas être à la hauteur. Il y a beaucoup d'argent/espoir/organisation derrière soi. Peur d'un manque d'efficacité, d'adaptation, de ne pas pouvoir trouver de solutions, de ne pas pouvoir apporter quelque chose.* Entretien n°7

- Appréhension sur le vécu du contexte de guerre pour 1 sage-femme.

- Idéalisation de la réalité des missions humanitaires pour 1 sage-femme.

« *Je suis allée dans un pays où, quand tu arrives dans ce pays là, t'as l'impression de te retrouver dans un film, un pays en guerre avec des chars avec... et puis il y avait un côté très stressant mais, puisque j'avais envie de vivre ça, j'ai trouvé un peu ce que je voulais. En même temps je m'attendais... j'avais cette vision de l'humanitaire où les volontaires partaient à dos de... à cheval faire leurs missions. Moi quand on m'a mise, pour ma première mission, dans un 4x4 et que je suis partie en 4x4, bah je t'avoue que j'étais un petit peu déçue, je m'attendais quelque part à... je crois que j'envisageais cette mission un peu comme les premiers volontaires qui sont partis avec MSF, 20 ans auparavant.* » Entretien n°5

- Appréhension, avant même le départ, du retour en France suite à la mission pour 1 sage-femme

→ **Réalité des missions**

Les différents thèmes évoqués par les sages-femmes par rapport à la réalité du terrain et de la mission en Région africaine par rapport à ce que l'on rencontre en France sont classées ici par ordre décroissant du nombre d'évocations lors des entretiens :

- Confrontation à la mort et à la douleur, au niveau de vie des populations : 9 sages-femmes sur les 10.

« C'est vrai que je ne m'attendais pas à voir autant de décès fœtaux, et que ce soit in utero ou néonataux. Et là c'est vrai qu'il y en a vraiment beaucoup, beaucoup. Donc bah ça va, on s'y fait, et on se rend compte que c'est quelque chose dont la population a conscience et du coup ils investissent moins la grossesse avant de savoir si l'enfant va survivre, etc... Donc la population sur place y est tellement habituée et préparée que ça aide à relativiser aussi un peu de notre côté. Mais ouais...même si on s'y prépare c'est quand même vraiment surprenant. Il y a beaucoup, beaucoup de bébés qui décèdent, c'est un peu difficile. » Entretien n°6

« Donc si tu veux j'ai fais ça entre on va dire juin, juillet, août. Et, fin août de 2010, j'ai complètement pété un plomb parce qu'il y avait beaucoup de décès, beaucoup et c'était très très violent. En plus, c'est une zone où il y a beaucoup de peste, donc il y avait un jeune de 19 ans qui était mort de la peste, des trucs assez violents. Et du coup j'ai vraiment craqué [...] Donc j'en ai vu vraiment trop, trop mourir, j'étais vraiment traumatisée de ça et je me suis dit il faut qu'on change les choses. » Entretien n°10

- Manque de moyens (matériel, médicaments, financement) : 6 sages-femmes.
- Apprentissage du sens clinique grâce au personnel médical local : 4 sages-femmes
- Problème de l'hygiène dans les centres de santé et chez la population : 4 sages-femmes.

« Après on ne s'y attend pas vraiment, tout ce qui est eau et électricité, c'était pas évident. Après on apprend sur place, on va au puits chercher de l'eau, au niveau désinfection du matériel aussi j'étais surprise, pareil, on fait avec ce qu'on a, du chlore dilué, on regarde même pas la dilution, c'était un peu au pif. [...] Là c'était un peu du pif et puis je débarquais, parce qu'avec la désinfection je ne savais pas trop parce que bon chez nous, en France, on a le Surfanios, on met la petite dosette et puis c'est bon. donc ça c'est des petites choses que j'ai apprises sur le tas. Puis, après, j'ai bien appris, l'utilisation du chlore, comment l'utiliser correctement, les dilutions tout, ça j'ai appris après, là je suivais un peu ce qu'elles faisaient du coup. » Entretien n°3

- Temps de latence dans la prise de connaissance de son rôle dans la mission de la part de la sage-femme elle-même ou des personnes locales : 4 sages-femmes.
- Conditions de vie (eau, électricité, nourriture, règles de sécurité, solitude // promiscuité...) pesantes sur le long terme : 3 sages-femmes.
- Déception par rapport au peu que l'on peut faire/apporter, à la lenteur des avancées : 3 sages-femmes.
- Frustration de ne pas pratiquer les gestes soi-même : 3 sages-femmes.
- Contexte de guerre (menaces de mort, insécurité) : 2 sages-femmes.

« ... je m'attendais quand même aux pratiques des sages-femmes, j'étais pas

extrêmement surprise. Par contre, c'est plus le contexte qui m'a... le contexte de guerre, de conflit c'est difficile. Voir des populations traumatisées par la guerre moi c'est plus ça qui m'a... auquel je m'attendais pas. » Entretien n°2

« J'ai eu une mission vraiment difficile je pense, surtout pour une première mission. Où vraiment il y a eu plusieurs fois où on a cru qu'on allait se faire fusiller. Donc... notamment j'ai été braquée avec une kalachnikov quelques fois. Donc, surtout au 21ème siècle, dans notre génération, tu te dis bon la guerre on voit ce que c'est à la télé etc... on en entend parler. Mais tant que tu ne le vis pas t'imagines pas du tout ce que c'est. Et, en fait, quand tu te retrouves au milieu... Sur le coup, toute la mission, j'ai pas du tout eu peur et ça s'est très bien passé, j'étais positive et puis, tu vois, même braquée avec des kalachnikovs sur moi, ça me faisait pas peur. Mais c'est au retour que j'ai réalisé ce qui s'était passé, surtout qu'en plus on n'avait aucun contact avec nos familles quasiment puisqu'il n'y avait pas de réseau etc... Et sur les 6 mois, les 2 ou 3 fois où je les ai eu au téléphone, bah je leur mentais, en fait, parce que je pouvais pas leur dire, la guerre a éclaté etc... » Entretien n°4

- Conséquences de la motivation ou non des équipes locales par rapport au projet : 2 sages-femmes.
- Difficultés par rapport au contexte culturel (esclavage, attitude des sages-femmes et des accoucheuses traditionnelles avec les femmes) : 2 sages-femmes.

« Et ces femmes là, ces paysannes, elles étaient vraiment maltraitées à l'hôpital, parce que les SF des centres de santé elles sont très autoritaires, mais c'est très généralisé. C'est à dire qu'à Madagascar, quand tu dis que tu es sage-femme, les gens ils pensent que tu es méchante, parce que les SF là bas elles sont très autoritaires : elles crient sur les femmes, elles les frappent si elles crient pendant l'accouchement. Et, du coup, les paysannes, si elles peuvent pas mettre un petit billet dans la poche de la SF, elles sont vraiment maltraitées. Donc ça c'est quand même très, très généralisé parce que j'ai beaucoup travaillé avec les SF et j'ai beaucoup vu ça, donc ça m'a bien sûr bien... j'ai vécu une grosse désillusion... » Entretien n°10

Difficulté rencontrée chez une femme ayant un esclave de 12 ans, attentes (venir en France) de la part de cette femme envers la SF interviewée qui ne s'est vraiment pas sentie à l'aise dans cette situation. Entretien n°7
NB : *l'esclavage en Mauritanie concernerait 150.000 personnes soit 4% de la population en 2014.*

- Prises en charge de situations qui ne sont pas prises en charge par les SF ou qui n'existent plus en France (peste, choléra) : 2 sages-femmes.
- Fatigue : 2 sages-femmes.
- Barrière linguistique : 2 sages-femmes.
- Degrés d'urgence et de gravité différents entre la France et les pays de la Région africaine : 1 sage-femme.

« En fait, je trouve que l'être humain il est quand même plutôt bien adapté, c'est à dire qu'au tout début, les premières semaines, on est complètement choqué des situations qu'on peut rencontrer, des enfants touchés par le Palu sévère qui en meurent, les morts fœtales à cause du Palu, tout ça. Et on se... je me suis

demandée... bah c'est horrible et finalement au bout d'un moment on s'y habitue. C'est horrible à dire parce qu'il faut surtout pas s'y habituer. Mais le degré d'urgence et le degré de gravité ils changent. Par rapport au même problème en France, ça aurait été complètement dramatique, enfin, ça aurait été vécu d'une manière complètement dramatique ici par les professionnels de santé, même comme des échecs de prise en charge. Alors que remis dans un contexte là-bas, un contexte sécuritaire difficile, un contexte économique catastrophique, et une population très, très peu éduquée à la santé. Alors, évidemment que sur le plan humain c'est toujours dramatique, des parents qui perdent leur enfant, c'est... je suis pas du tout en train de dire que c'est moins grave là bas, pas du tout, mais mine de rien on s'y habitue et on prend les choses un petit peu autrement même si ça reste toujours difficile, mais le vécu n'est plus le même au bout d'un certain temps. Et il faut même se dire des fois... se ressaisir, en se disant mais non il faut pas jouer la carte de la fatalité, surtout pas. » Entretien n°8

- Difficultés de communication en dehors du lieu de mission : 1 sage-femme
- Frustration de devoir abandonner un projet pour une mission d'urgence : 1 sage-femme.

→ **Aide à l'adaptation**

Les 10 sages-femmes interviewées évoquent le facteur humain comme ce qui les a aidées à s'adapter aux différences entre la France et les pays de la Région africaine. En grande majorité ce sont les expatriés qui sont évoqués comme apportant la plus grande aide, les équipes ainsi que les populations locales sont également évoquées mais comme apportant une aide à l'adaptation de moindre mesure. 1 sage-femme a également parlé du fait de rester en contact avec sa famille et ses amis comme un facteur favorisant l'adaptation.

4 sages-femmes avaient déjà eu une ou plusieurs expériences à l'étranger antérieures à leur première mission lors de leurs études, au Cameroun, au Maroc, en Côte d'Ivoire, au Cambodge, au Sénégal et en Tanzanie. Ces sages-femmes ont déclaré s'être plus facilement adaptées grâce leur connaissance préalable de ce qu'elles pouvaient rencontrer sur le terrain.

L'expérience professionnelle est également évoquée par plusieurs sages-femmes. Cette expérience de minimum 2 ans est exigée par la plupart des ONG avant un premier départ. Les sages-femmes ayant travaillé dans les DROM (Mayotte et Guyane) décrivent une adaptation plus facile au manque de moyens et de ressources et une meilleure connaissance de la population africaine que les sages-femmes n'ayant exercé qu'en France métropolitaine.

2 sages-femmes ont évoqué une meilleure adaptabilité lors des missions ultérieures par leurs précédentes expériences de mission humanitaires.

La possibilité, voire l'obligation selon les conditions de la mission, de faire des breaks à intervalles réguliers lors des missions a été admise comme nécessaire par 4 sages-femmes pour leur permettre une certaine stabilité personnelle.

D'autres facteurs aidant à l'adaptation des sages-femmes lors des missions ont été évoqués ponctuellement : réalisation du mémoire de fin d'étude sur l'optimisation des compétences de la sage-femme française qui souhaite travailler dans les pays en voie de

développement ; avoir fait un DU de médecine tropicale ; posséder une forte capacité d'adaptation ; avoir effectué des recherches avant le départ ; guidelines des pratiques fournis par l'ONG de départ ainsi que la possibilité de partir dans un pays francophone.

Une seule chose a été évoquée comme manquante pour faciliter l'adaptation des sages-femmes. Il s'agit d'une formation complète préalable au départ évoquant les situations pouvant survenir et les conduites à tenir utiles sur le terrain.

8) De l'Afrique subsaharienne vers la France :

→ *Avant le retour en France*

La question a été posée aux sages-femmes de savoir comment elles appréhendaient leur retour en France alors que leur mission en Afrique se terminait.

5 sages-femmes ont parlé d'une appréhension face à la reprise du travail en milieu hospitalier, une peur de perdre ou d'avoir perdu leurs acquis, cela est d'autant plus marqué que la durée d'expatriation est longue. A l'inverse, 1 sage-femme évoque une impatience de reprendre le travail en France du fait de sa mission ne lui permettant de pratiquer ni de faire de gestes, car elle était cantonnée à un rôle de gestion et de supervision. 1 autre sage-femme a parlé de son envie de retrouver la sécurité du milieu hospitalier français et 1 sage-femme de sa crainte de ne pas retrouver de travail en France.

La peur de ne pas savoir se réadapter sur le plan personnel, auprès de sa famille et de ses amis a été évoquée par 2 sages-femmes. La réadaptation sociale à une « société de consommation » a également été citée par 2 autres sages-femmes.

2 sages-femmes ont parlé d'une nécessité de rentrer pour elles sur le plan émotionnel.

2 sages-femmes ont évoqué une difficulté pour elles de rentrer en sachant qu'elles ne pourraient peut-être pas repartir. 1 de ces 2 sages-femmes a dit avoir besoin de trouver un idéal aussi fort que celui qu'elle a en faisant de l'humanitaire pour vivre au quotidien en France.

2 sages-femmes ne se sont pas du tout projetées par rapport à ce retour en France.

→ *Réalité du retour en France*

Lors des entretiens, 1 sage-femme était en train de réaliser sa première mission et n'était par conséquent pas encore retournée en France et 1 sage-femme n'avait pas encore retravaillé depuis son retour en France à la fin de sa mission.

Sur un plan purement professionnel, 1 sage-femme a fait le choix d'exercer immédiatement après son retour en France, les autres sages-femmes ont, quant à elles, observé un temps de latence avant de reprendre un travail.

4 sages-femmes n'ont pas rencontré de réelles difficultés lors de la reprise de leur travail en milieu hospitalier contrairement à ce qu'elles pensaient, 2 autres sages-femmes ont en revanche rencontré quelques difficultés, qui sont restées passagères, à se réadapter à l'ensemble des protocoles, à la hiérarchie et aux pratiques médicales françaises. Il n'était pas envisageable pour 2 sages-femmes, par rapport à leur vécu lors des missions, de reprendre immédiatement un travail en milieu hospitalier en France métropolitaine, 1 de ces sages-femmes est partie exercer en Guyane et l'autre sage-femme s'est installée en libéral.

Le fait d'avoir de nouveau un accès facile à un plateau technique ainsi que le fait de renouer avec des accouchements qui se déroulent bien a également été évoqué par 2 sages-femmes.

Sur le plan personnel, la plupart des sages-femmes ont évoqué un temps de réadaptation plus ou moins long à la société et à la culture française.

2 sages-femmes ont évoqué des difficultés sur le plan psychologique et une nécessité importante de se reconstruire avant de pouvoir reprendre une activité professionnelle. Les 2 sages-femmes ont décrit une décompression brutale par rapport au vécu en mission une fois de retour en France et 1 des 2 sages-femmes a développé un stress post-traumatique qui a pu être relativement rapidement traité.

1 sage-femme a décrit des difficultés sur le plan alimentaire ayant perdu beaucoup de poids sur la fin de sa mission, ayant des carences pour avoir mangé la même chose pendant 6 mois ainsi qu'une agueusie (perte du sens du goût) temporaire à son retour en France.

→ Aide à l'adaptation

Sur le plan professionnel, 4 sages-femmes décrivent une aide de la part de leurs collègues de travail. 4 sages-femmes évoquent le débriefing réalisé par l'ONG au retour en France. 2 sages-femmes ont vu leur reprise du travail facilitée par le fait de travailler de nouveau avec des patientes européennes, de même culture et parlant la même langue qu'elles. 1 sage-femme a évoqué le fait de s'être tenue à jour au niveau des nouvelles recommandations de l'HAS.

Sur le plan personnel, une majorité de sages-femmes évoquent l'importance de la famille et des amis. 1 sage-femme a fait appel à une thérapeute en hypnose.

Le fait d'avoir pensé en amont au retour ainsi que l'opportunité d'une réadaptation progressive en ayant gardé un contact très fréquent avec les personnes encore dans le pays d'expatriation ont également été évoqués comme facilitateurs de la réadaptation au retour.

9) Repartir en mission ?

La question a été posée aux sages-femmes interviewées de savoir ce qui les pousse à repartir en mission et à l'inverse ce qui fait qu'elles ne repartiraient pas.

Les arguments pour repartir sont les suivants : la vocation pour l'humanitaire, l'envie de voir ce qu'il se passe ailleurs, de découvrir d'autres profils de missions, l'ambiance sur le terrain. 2 sages-femmes évoquent la peur de rentrer en France, du fait que le travail dans les hôpitaux français ne leur convienne plus. Pour 1 sage-femme, repartir est un véritable projet de vie de famille.

Le seul véritable argument contre le fait repartir est, pour 3 sages-femmes, le fait de construire une vie de famille et d'avoir des enfants. 1 sage-femme évoque également un autre motif familial qui est la maladie d'un proche.

Les autres réponses apportées à la question de repartir ou non en mission sont des conditions pour accepter le départ et non pas des impératifs de non-départ : fait d'avoir ou non un travail en France ; différence entre le statut salarial et le statut de bénévole lors des missions ; la durée des missions et les conditions de vie ; difficulté de partir longtemps du fait de l'installation en libéral ; partir seule ou à plusieurs ; partir avec une ONG bien organisée qui réfléchit ses projets ; et 1 sage-femme évoque l'intensité de sa première mission lui faisant craindre que les autres missions lui paraissent « fades ».

III. ANALYSE ET DISCUSSION

1) Discussion méthodologique :

→ Recrutement de la population

Un des points forts de la récolte de données est le recrutement de la population. 2 réseaux séparés ont été sollicités : un réseau personnel et le réseau d'une ONG (Gynécologie Sans Frontières). Un recrutement s'est ensuite effectué parmi les réseaux personnels des sages-femmes interviewées couvrant ainsi un large spectre de profils, de pays, d'ONG et de missions réalisées.

On peut cependant noter le point suivant : les sages-femmes interviewées étaient uniquement des femmes, aucun homme sage-femme n'ayant répondu à la demande d'entretien. Cependant ce point doit être relativisé, en effet, seulement 1,8% des sages-femmes sont des hommes. Une fois ce pourcentage rapporté à une population de 10 sages-femmes, entre 0 et 1 homme sage-femme aurait dû être inclus dans l'étude afin de respecter la représentativité homme-femme chez les sages-femmes, ce qui est le cas ici.

→ Taille de l'échantillon

10 entretiens ont pu être réalisés au total. La taille de l'échantillon n'est pas suffisante pour permettre une généralisation des informations recueillies à l'ensemble de la population des sages-femmes expatriées en missions humanitaires. De plus, il n'est pas possible ici d'évaluer la représentativité de l'échantillon par rapport à cette population générale, en effet, il n'existe pas à ma connaissance de base de données rassemblant les sages-femmes réalisant des missions humanitaires. Ainsi je n'ai pu avoir une bonne connaissance de la population globale des sages-femmes répondant aux critères d'inclusion de mon enquête.

Cependant, ceci n'est pas le but de ce mémoire. En effet, le choix de l'utilisation des entretiens semi-directifs pour réaliser cette enquête, a été fait non pas pour permettre de prouver des hypothèses pré-établies, mais pour faire ressortir des pistes des réflexions permettant peut-être, par la suite, d'émettre des hypothèses par rapport à une population plus globale.

→ Réalisation des entretiens

Une difficulté rencontrée lors de la réalisation des entretiens fut la programmation de ceux-ci. Plusieurs sages-femmes se trouvaient à l'étranger au moment des entretiens, le décalage horaire, les impératifs personnels et de mission ainsi que dans certains cas la mauvaise connectivité internet ont rendu difficile le fait de trouver un horaire commun pour effectuer les entretiens. La période de réalisation de ceux-ci étant initialement prévue de Novembre 2015 à Janvier 2016 a donc dû être repoussée jusqu'à Mars 2016 pour en obtenir un nombre suffisant.

Dans 1 cas un entretien téléphonique a dû être réalisé et, à l'inverse de tous les autres entretiens, il n'a pas pu être enregistré, par conséquent une prise de notes a été effectuée. La base de données était donc différente pour l'analyse de cet entretien, puisque l'analyse des autres entretiens s'est basée sur une retranscription intégrale des propos échangés. Cependant, cette différence ne portant que sur un seul des entretiens, cela n'a pas eu de répercussions sur les résultats obtenus grâce aux entretiens.

→ *Utilisation de l'entretien semi-dirigé*

Le choix a été fait lors de l'élaboration du protocole de recherche du mémoire d'utiliser des entretiens semi-dirigés pour récolter les données. Ce type d'entretien présente à la fois des avantages et des inconvénients.

Un des atouts de l'entretien semi-dirigé est que, si une trame de points à aborder est définie, cette trame est flexible et suit le cheminement de pensée de la personne interviewée sans l'enfermer dans un cadre. La souplesse de ce type d'entretien permet une plus grande fluidité dans les interactions ainsi que l'expression libre de la sage-femme interviewée et favorise alors l'apparition de nouvelles thématiques puisque les réponses ne sont pas orientées par de trop fréquentes questions.

Ma propre inexpérience en matière de réalisation d'entretiens puis d'analyse de ceux-ci peut cependant être un des points faibles de ce choix. Lorsque les questions sont posées pour guider les sages-femmes interviewées, le choix des mots est très important pour ne pas orienter ni modifier le rapport de l'interviewée par rapport à son discours. Cependant, comme le déroulé des questions diffère entre les entretiens, un biais apparaît nécessairement lors de l'utilisation spontanée de certaines tournures de phrases pouvant détourner les sages-femmes de leur propre cheminement de pensée et les amener à dire ce que l'on souhaite les entendre répondre sans apporter de nouvelles pistes de réflexion.

→ *Expérience propre*

J'ai eu une expérience dans le domaine des missions humanitaires par la réalisation d'un stage de 1 mois au Togo avec l'ONG Handicap International dans un contexte de fermeture prochaine et de récolte de données d'un projet de santé maternelle et infantile. Cette expérience propre m'a permis d'être sur un pied d'égalité avec les sages-femmes interviewées car j'avais déjà une certaine connaissance ainsi qu'une certaine pratique par rapport à ce sur quoi je les interrogeais. Cela a donc pu favoriser la prise de contact et permettre un échange rapidement plus fluide lors des entretiens que si je n'avais aucune notion sur le sujet, auquel cas, il est possible que les sages-femmes aient pu restreindre d'elles mêmes ce qu'elles avaient à partager pour ne pas avoir à toujours tout expliquer.

Cependant, à l'inverse, cette pré-connaissance du sujet a pu avoir pour conséquence,

sans qu'il soit possible d'en mesurer l'importance, le passage sous silence de certaines choses pouvant paraître évidentes lorsque l'on connaît le milieu humanitaire mais qui, pour des personnes ne s'étant jamais penchées sur le sujet, ne le sont pas. Ainsi, par exemple, certaines sages-femmes n'ont évoqué qu'à demi-mot l'importance du nombre de décès pendant les missions.

« *Donc je dirais la plongée, là, c'est vraiment de se retrouver dans le même... avec la même impuissance du personnel soignant, de pas pouvoir soigner pour des questions de manques de moyens. C'est à dire que, quand il y a plus de médicament, que quand la famille a pas les moyens d'aller dans une pharmacie en ville, quand voilà.. donc c'est plus ce que je retiendrai, c'est plus ça, c'est le fait que voilà quoi...* » Entretien n°1

« *Moi : OK, et là par rapport à ton adaptation au Tchad, ça a changé par rapport à ta première mission du coup ?*
SF : Oui, alors du coup carrément franchement, là c'est un contexte, on est vraiment perdus au milieu du désert et c'est ce que j'arrête pas de dire depuis que je suis arrivée, si j'avais pas eu ma première expérience ça aurait été vraiment compliqué à gérer je pense, à tous les niveaux que ce soit au niveau professionnel et personnel parce que c'est vraiment, j'ai vu des trucs vraiment difficiles depuis que je suis arrivée. Je dois apprendre à gérer ma frustration, enfin... si j'avais pas eu ma mission à Bangui j'aurais été très frustrée ça aurait été très compliqué à gérer alors que là, je sais... maintenant je sais m'adapter, [...] donc là, sans mon expérience à Bangui, je pense que je serai déjà rentrée en France parce que c'est pas pour rien je te dis que la gynéco elle a pleuré quand elle est arrivée, parce que c'est un contexte très difficile, c'est assez difficile. » Entretien n°2

→ **Biais de mémorisation**

Une partie des questions portait sur la première mission réalisée qui, dans le cas de plusieurs sages-femmes, s'est déroulée il y a plusieurs années. L'année de la première des missions réalisées par les sages-femmes interviewées est 1997, soit 19 ans avant l'entretien, un biais de mémorisation peut donc être évoqué ici.

2) Discussion :

La publication scientifique est peu abondante sur le profil des sages-femmes humanitaires, sur leur vécu des missions en Région africaine face à la différence de médicalisation existante avec la France ainsi que sur leur façon d'appréhender leur retour en France du fait de cette différence. Ce constat ainsi que la différence flagrante entre ces deux milieux d'exercice de la profession de sage-femme m'a conduite à m'interroger sur ce vécu des sages-femmes, sur ce qui les aide à s'y adapter et ce qui conduit les sages-femmes à repartir ou non effectuer des missions humanitaires.

→ *De la France vers l'Afrique, adaptation à la différence de médicalisation*

Nous allons tout d'abord nous pencher plus particulièrement sur le vécu de la différence de médicalisation par les sages-femmes interviewées lorsqu'elles arrivent en Afrique.

2 choses ressortent principalement des propos des sages-femmes : le manque de moyens se caractérisant par le manque d'équipement médical, de médicaments et de personnel ; l'omniprésence de la mort conséquence directe du manque de moyens. Dans les entretiens, les sages-femmes décrivent une certaine impuissance, le sentiment d'être totalement démunies du fait de ce manque de moyens.

« ...c'est vraiment difficile de se retrouver dans le même... avec la même impuissance du personnel soignant, de pas pouvoir soigner pour des questions de manques de moyens. C'est à dire que, quand il y a plus de médicament, que quand la famille a pas les moyens d'aller dans une pharmacie en ville, quand voilà... »
Entretien n°1

*Au niveau professionnel, difficultés au niveau de l'absence de matériel. SF est censée apprendre des choses au personnel sur place mais ne sait pas forcément comment faire elle-même avec rien.
Exemple : pose de cathéter; 1 seul cathéter peut être utilisé car cela coûte trop cher pour la patiente, si elle se dépique, on réutilise la même aiguille qui a été mise de côté et le même catelon, ce qui arrive souvent car le sparadrap pour fixer le cathéter est cher également.
Pour trouver les solutions pouvant être bénéfiques, il faut tout d'abord un grand temps d'observation. Il faut se creuser la tête, se rendre compte de la difficulté → leçon d'humilité, apporte beaucoup. Entretien n°7 (prise de notes)*

Cependant, cette impuissance n'est pas ressentie de la même façon par toutes les sages-femmes. Plusieurs variables entrent en jeu :

- La taille de l'ONG de départ : les sages-femmes parties avec de petites ONG (PPUN, Santé-Sud) sont plus touchées par l'absence d'équipement, de médicaments et de personnel par rapport à des ONG plus importantes (MSF notamment) qui reçoivent plus de financement.

« ...une toute petite ONG, donc c'était mon 1er contact avec l'humanitaire, c'était très sympa, enfin, c'était vraiment une ONG qui a pas beaucoup de moyens. On est parties avec un sac à dos de consommables et de médicaments dans une petite mater de brousse, un centre de santé... plutôt un dispensaire. [...] Et après, bien sûr, on n'avait pas beaucoup de moyens avec cette petite ONG, c'est l'accès à une variété de médicament, surtout pour la malaria, on n'avait pas des masses de médicaments quand même. C'était surtout ça les difficultés que je peux comparer maintenant avec MSF où on a quand même un vaste choix, enfin un vaste choix...on a les médicaments OMS mais on avait... on était bien limité quand même en médicaments avec PPUN. » Entretien n°3

- Avoir eu une expérience préalable, lors d'un stage pendant les études ou en ayant exercé dans les DROM comme à Mayotte, permet également pour certaines sages-femmes de savoir à quoi s'attendre et de savoir comment gérer le peu de moyens disponibles une fois sur place. Cela se retrouve également

lorsque qu'il ne s'agit plus de la première mission humanitaire.

« A Mayotte, on n'avait pas beaucoup de moyens financiers donc quelque part [...] ça m'a bien préparée au manque de moyens et puis à être obligé de te débrouiller avec ce que tu as, c'est vrai que les 2 ans à Mayotte m'avaient permis à me préparer à ça. En même temps je m'y attendais, je savais très bien en allant en Afghanistan que j'allais pas retrouver tout le plateau technique qu'on avait en France donc c'est vrai que ça demande énormément d'adaptabilité. [...] Moi, j'avais réussi un peu à m'adapter à Mayotte, j'avais appris à utiliser... bah, rien finalement. » Entretien n°5

« Je pense que ce que je gagne avec les années c'est de plus en plus de souplesse. A chaque fois c'est des terrains complètement différents, j'ai envie de dire sur lesquels je vais, c'est des missions différentes, c'est pas parce que j'ai fait un terrain en Afrique subsaharienne que je connais toute l'Afrique subsaharienne, tous les terrains. Et je travaille avec des populations très différentes, c'est pas pareil de travailler dans centre hospitalier régional ou après avec des jeunes de gangs de rues ou avec des travailleuses du sexe, en zone rurale ou bien dans des bidonvilles en zone urbaine. Donc c'est à chaque fois, de toutes façons, des terrains très différents mais je dirais que, de plus en plus, je pars en sachant juste que je doit être souple et humble et compter sur les compétences et le savoir local. » Entretien n°1

- Compagnonnage : le rôle du personnel expatrié déjà présent sur la mission pour l'adaptation des sages-femmes est très important. Pour le personnel expatrié, le fait, pour les sages-femmes, de se retrouver en présence de personnes vivant la même expérience qu'elles mais ayant déjà fait un cheminement dans leur propre adaptation au terrain leur a permis de s'adapter plus facilement. Une sage-femme, qui s'est retrouvée la première à arriver sur une mission avec des difficultés de communication en dehors du pays, a eu beaucoup de difficulté à trouver sa place. Plusieurs sages-femmes parlent de la nécessité pour elles de se retrouver de temps en temps « entre expatriés ».

D'autres facteurs entrent également en compte pour l'adaptation plus ou moins rapide des sages-femmes au manque de moyens, aux prises en charges difficiles et au nombreux décès.

L'adaptation des sages-femmes à la différence de médicalisation s'est donc également jouée sur le fait de se retrouver à gérer des situations qui ne se voient pas ou plus en France ou qui sont prises en charge soit en équipe, soit par les gynécologues-obstétriciens. Une des sages-femmes décrit des cas de peste dans le centre de santé où elle travaillait, une autre la demande d'aide de la part d'une autre sage-femme pour l'accouchement de triplés ou encore la naissance d'enfants hydrocéphales. De nombreux décès d'enfants pour des cas sévères de paludisme sont retrouvés dans la plupart des missions réalisées. Le manque de personnel, et surtout de médecins, a pour conséquence que la sage-femme expatriée se retrouve souvent être la personne la plus formée lors de ces situations et donc c'est elle qui prend en charge la situation.

Plusieurs sages-femmes ont également exposé leur crainte de se retrouver dans des situations où il fallait référer les patientes. En effet, le transport d'une maternité de brousse jusqu'à l'hôpital de référence est souvent compliqué.

« ...c'était en plus une toute petite ONG, je partais avec une infirmière dans un tout petit village loin du plus gros hôpital. Donc pour tout ce qui était référence ça faisait peur, en me disant comment ça se passe ? En charrette ou en âne ou en..... Et puis effectivement après on se débrouille avec les moyens du bord puis ça s'est bien passé. [...] encore plus dur là, c'était les transferts. Je sais, qu'au Mali, j'avais transféré une dame qui faisait un HRP, avec de la tension, avec mort fœtale, avec un utérus de bois, le beau tableau quoi. Je l'ai diagnostiquée le matin et elle est partie qu'à 18-19h le soir. » Entretien n°3

Toujours par rapport au personnel, certaines sages-femmes décrivent à leur arrivée un choc, parfois violent, avec les équipes locales qui paraissent blasées. Une sage-femme remarque que :

« ...le personnel qui travaillait là au quotidien, forcément quelque part, avait perdu une certaine motivation, se protégeait aussi émotionnellement en étant, voilà, en étant dans une certaine distance qui paraît violente quand on arrive mais, par rapport aux patients, mais qui est leur seule façon de survivre émotionnellement sur le long terme dans ces conditions là. » Entretien n°1

Cependant, pour d'autres sages-femmes, cette distance du personnel local vis à vis de l'omniprésence de la mort leur a permis de relativiser elles-mêmes de leur côté et de pouvoir supporter ces conditions le temps de leur mission.

Une autre façon de faire face à l'absence de moyens pour les sages-femmes interviewées a été d'apprendre à développer leur sens clinique pour pallier l'absence d'équipement. Ce sens clinique est finalement moins utilisé en France au profit des techniques qui sont disponibles, comme un monitoring ou un appareil échographique tout simplement. Elles ont dû réfléchir, conjointement avec les équipes sur place, à la façon de mettre en pratique leurs connaissances sans équipement, sans médicament dans des situations quotidiennes faciles à gérer en France mais plus ou moins difficiles à mettre en pratique lors des missions.

« Tu es obligée de faire avec ton sens clinique et ça on ne le développe plus énormément en France. Et du coup effectivement souvent on se retrouve diminué quoi parce qu'on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de choses qui sont compliquées quand on n'a pas l'échographie, quand on n'a pas le monitoring et on se retrouve diminué et on doit apprendre à faire avec et il faut s'adapter quoi, il faut s'adapter. [...] Comment couper un cordon avec une lame de rasoir et pas avec un.... Déjà rien que ça, nous jamais on a coupé un cordon avec une lame de rasoir. » Entretien n°5

« Dans les centres de santé ils ont pas... ils ont le stéthoscope de Pinard c'est tout. Tu as des ciseaux, parfois une des branches est cassée. Franchement, ils ont rien. Quand tu travaillais dans le dispensaire on faisait des accouchements, c'est là tu sais pas comment il va arriver, le bébé, parce que t'écoutes quasiment jamais les bruits du cœur. Au début, c'est hyper-dur d'entendre au stéthoscope de Pinard,

enfin, après ça va un peu mieux, enfin moi je... et eux, tu vois qu'ils ont l'habitude donc ils sont hyper-sereins. J'ai eu des jumeaux surprises, le deuxième est sorti par le siège. Ils ont pas de couveuses donc ils mettent des bouteilles d'eau chaude enroulées dans des éponges pour réchauffer les bébés. » Entretien n°9

« Bien sûr je prenais leur tension, je les pesais, je faisais une consultation prénatale classique. Si ce n'est que je n'avais pas de bilan sanguin bien-sûr, j'avais pas d'échographie donc j'ai beaucoup appris en terme de clinique, de sensation pour dépister des jumeaux, des sièges, des malpositions et tout ça... Et aussi connaître le terme au toucher, à la HU, ça on t'apprend pas, tu vois, à la faire et je suis devenue imbattable parce que, juste à la HU, à la sensation, au ballottement, est-ce qu'il a beaucoup de liquide ? le bébé dedans ? et tout ça... j'arrivais à connaître le terme. Parce qu'elles avaient jamais leur date de dernières règles, alors c'était pratique. Alors, comme, moi, fallait quand même que je m'organise un petit peu pour les accouchements... et bah, franchement, je me suis quasiment jamais trompée sur la période, tu vois, bon c'était début, milieu ou fin du mois, c'était pas non plus... » Entretien n°10

Malgré toutes ces différences existantes entre la France et la Région africaine, les sages-femmes indiquent toutes, qu'une fois passée une période d'adaptation plus ou moins longue selon les situations rencontrées et ce qui a été évoqué ci-dessus, « [qu']effectivement après on se débrouille avec les moyens du bord puis ça s'est bien passé ». Ce qui reste cependant difficile pour elles ce sont les nombreux décès, conséquences du peu de développement du système de santé et souvent d'une prise en charge trop tardive ou rendue impossible par l'absence de personnel qualifié et le manque de matériel. Au final, les sages-femmes s'adaptent mieux d'un point de vue pratique à ce manque de moyens qu'aux conséquences de celui-ci, sans qu'elles s'en rendent responsables pour autant puisqu'il s'agit d'un problème global et non d'un manque de compétences de leur part même si, parfois, le fait de le réaliser prend un peu de temps.

Situation vécue : Accouchement prématuré d'un bébé de 1400g. La mère couveuse se trouve à 800km et ce n'est pas envisageable d'y aller. On fait tout ce que l'on peut : la cousine tire de son lait pour le donner au bébé, du peau à peau autant que possible pour garder le bébé au chaud. Le bébé a été réanimé 2 fois [Question qui se pose également : les parents n'ont pas la possibilité d'avoir un enfant handicapé à charge]. Le bébé est décédé tranquillement pendant la nuit. Beaucoup de questionnement de la part de la sage-femme : que peut-on faire de plus pour aider cet enfant ? Cela nous remet à notre place, nous apprend à être humble. Cela a appris beaucoup à la SF, remet énormément de choses en question parfois de façon assez violente → Qu'est-ce que je suis capable de faire ? En fait, rien. Mais ce serait le cas de quiconque se retrouverait dans cette situation. Entretien n°7 (prise de notes)

« M: Et du coup, sur le plan un peu plus médical, ce que tu faisais là bas. Enfin, je suppose qu'il y a quand même moins de matériel qu'en France ou de ressources. Est-ce que c'est quelque chose qui t'a posé problème sur place de t'adapter à ça ?

SF : Non, c'est pas le matériel qui gênait le plus. Non, les situations désespérées, ça, c'était très choquant mais même avec matériel c'est pas sûr qu'on aurait pu

faire quelque chose quand même. Et puis après pour les... Enfin, moi je faisais beaucoup de pédiatrie mais aussi beaucoup de... Je travaillais avec les sages-femmes qui faisaient des consultations gynéco-obstétrique mais on avait quand les stéthoscope de Pinard, un tensiomètre, un mètre pour la hauteur utérine, on avait quand même le minimum pour faire une consultation de qualité. Après ce qui parfois manquait, c'était un appareil d'écho mais c'était plutôt pour diagnostiquer des pathologies plus graves et plus profondes et pour le coup ces pathologies on aurait pas pu les traiter. Donc on aurait aimé parfois avoir un appareil d'écho pour poser le diagnostic mais de toute façon, une fois que le diagnostic est posé, on peut pas traiter donc... finalement l'un dans l'autre on avait pas tant besoin de ça d'un appareil d'écho. » Entretien n°8

Comme précisé précédemment, la littérature est peu abondante sur ce sujet, cependant quelques publications, mémoires et thèses [9;14;16-18] évoquant d'autres points de la réalisation de missions humanitaires par des professionnels de santé font parfois ressortir des éléments similaires lorsque le sujet se rapproche par moments de celui évoqué dans ce mémoire.

→ ***De l'Afrique vers la France, adaptation à la différence de médicalisation***

De manière générale pour les 10 sages-femmes interviewées, si la reprise du travail en France a été génératrice d'une certaine appréhension et a poussé certaines sages-femmes à différer la reprise du travail, la réadaptation au milieu hospitalier n'a pas été aussi difficile que ce qu'elles pensaient. Quelques unes évoquent le fait de devoir se réhabituer à des protocoles ou à la hiérarchie mais sans que cela leur pose véritablement problème.

« J'appréhendais pas mal, là je t'avoue, qu'après les 3 ans de MSF, je voulais me reprocher aussi à moi même que je pouvais retravailler en France puisque j'avais l'impression d'avoir un peu perdu. T'es en train de faire une craniotomie et t'es là : wahou ! on fait plus ça en France quoi... Alors j'ai perdu tout ce qui est STAN, faire les pH... En fait, j'ai travaillé en Suisse juste après... cette année d'ailleurs. J'ai eu des grands moments de pause aussi, j'ai voyagé. J'ai pas beaucoup travaillé au final. J'appréhendais et je voulais me prouver à moi-même que je pouvais rebosser en France ou en Europe en tous cas puisque j'ai postulé en Suisse et j'ai été prise dans le Jura. Et c'est vrai que j'appréhendais énormément. Après, finalement, j'ai relativisé parce que je me tenais beaucoup au courant des nouvelles recommandations HAS... J'étais en plus sur le groupe Facebook d'échanges entre SF et c'est pas mal parce que ça me mettait pleins de...j'avais pas l'impression d'être paumée tant que ça. Et en retournant au boulot au final quand je posais la question aux SF habituellement en disant "ah bah ça c'est pas dans les nouvelles recommandations", elles étaient encore moins au courant que moi du coup je me suis dit c'est bon à savoir, j'ai pas trop perdu la main. J'ai réussi à reposer un STAN rapidement. quand on m'a demandé si j'en avais déjà posé j'ai dit oui, oui et puis ça faisait des années que j'en avais pas reposé... Ça a été finalement. Après se remettre dans les protocoles, en plus je travaillais en suisse donc c'est différent, il y avait toujours un médecin, un assistant à côté de moi pendant l'accouchement... Il y avait certains trucs, ça fait bizarre oui effectivement. » Entretien n°3

« M : Et au niveau de tout ce qui est plus médical ? Je sais pas, reprendre tout ce qui est protocoles etc parce que là bas il n'y avait pas forcément ? »

« SF: Bah ça revient ça. De temps en temps on a un petit doute en se disant oh merde, les ruptures c'est toutes les 6h ou les 8h l'antibiotique mais bon il suffit de se poser la question une fois et puis ça revient et puis... Non ça ça a été. »

Entretien n°8

On peut remarquer également que plus la mission a duré longtemps, plus les sages-femmes ont des appréhensions par rapport à la reprise du travail dans une maternité française. Cependant leurs capacités d'adaptation s'étant souvent développées durant les missions en Région africaine, la réadaptation au système hospitalier français ne leur a pas posé de véritable difficulté. Au contraire, le fait de retrouver des accouchements qui se déroulent physiologiquement ou d'avoir un accès rapide à un plateau technique a facilité la réadaptation pour certaines sages-femmes.

Une autre relative difficulté rencontrée qui a été évoquée pour quelques sages-femmes est de se retrouver face aux demandes des patientes françaises qui ne sont pas du tout les mêmes que celles des patientes africaines. Mais de même que pour le fait de se réhabituer au côté « protocoles » de l'hôpital, cela ne fut que passer.

*« ... je me suis dit qu'il fallait que je me replonge dans le côté français en me disant.. bon je pense que le choc va être un peu dur donc je suis partie d'Afghanistan où je travaillais avec des SF traditionnelles au fin fond des montagnes pour aller travailler à la clinique de **** à Paris, dans des cliniques très bourgeoises, donc le choc était un peu dur effectivement quand on voit que en Afghanistan c'est compliqué déjà pour trouver de l'eau potable, on demandait aux femmes de faire bouillir leur eau et tout, et, quand on arrive en France, les femmes leur préoccupation c'est de savoir s'il faut mettre de l'eau Evian ou de l'eau je ne sais trop quoi dans leur biberon. On a presque envie de leur dire bah t'as qu'à faire bouillir ton eau. Donc c'est un peu drôle, ça m'a fait drôle les premiers jours mais je m'attendais à ça donc après c'était à moi de me dire bon, la préoccupation des femmes en Afghanistan elle est pas du tout la même que celle d'une femme qui vient accoucher en France. Maintenant à moi de m'y réadapter rapidement aux préoccupations même si ça te semble complètement superflu les préoccupations d'une femme qui accouche en France. » Entretien n°5*

« C'est incomparable, surtout dans le contexte où c'était là bas, c'est quand même un des pays les plus pauvres du monde surajouté à cette guerre civile. Non, c'était incomparable, vraiment je... j'arrivais pas trop à me sentir frustrée de quoi que ce soit en France tellement c'était incomparable. Après les premières patientes très demandeuses de péridurale tout de suite maintenant sinon je ne vais pas survivre, ça j'avais un peu plus du mal à comprendre. » Entretien n°8

Cependant, si le fait de se replonger dans le milieu hospitalier français n'a pas été difficile, avoir réalisé des missions en Région africaine où la sage-femme est souvent placée la plus haute hiérarchiquement, où, puisqu'il n'y a pas ou peu de moyens, le relationnel occupe une place très importante par rapport à la France dont le système hospitalier, même s'il permet une très grande sécurité, et justement parce qu'il le permet, ne laisse pas toujours la possibilité de

faire passer le relationnel au premier plan par rapport à l'acte médical ; tout cela fait que le système hospitalier, par rapport à la façon dont les sages-femmes souhaitent exercer leur profession, ne leur convient plus. Ainsi, si les 10 sages-femmes ont exercé en milieu hospitalier avant de partir effectuer une mission humanitaire, à leur retour seules 2 d'entre elles exercent encore en milieu hospitalier français préférant exercer en libéral, en PMI ou continuer les missions humanitaires.

« Après, là je suis actuellement en PMI et j'adore vraiment. Mon contrat il se finit en mars et si on me propose des postes en PMI je pense que je les accepte volontiers là. Je pense que c'est plus mon truc maintenant. En hôpital j'aurai du mal, même s'il y a plein de choses que j'aime bien en hôpital, les équipes, les horaires, 12h j'aime bien. C'est, je sais pas, c'est trop protocol... même si c'est, alors avec MSF on utilisait bien sûr les protocoles OMS il y avait pas de souci, j'étais même très rigoureuse là-dessus pour former mon staff. Mais je ne sais pas, c'est trop protocolaire, trop médicalisé maintenant... même s'il existe des maisons de naissance. Maisons de naissances... des choses comme ça me plairaient peut-être plus, des trucs un peu plus physio, carrément. » Entretien n°3

La réadaptation au système hospitalier français a donc été relativement facile pour les sages-femmes en comparaison à l'arrivée en Région africaine. Celle-ci est d'autant plus facilitée que les collègues hospitaliers des sages-femmes sont souvent très compréhensifs et que toutes les sages-femmes avaient déjà exercé en France que ce soit pendant leurs études ou suite à leur diplôme et qu'elles avaient déjà une bonne connaissance des pratiques.

→ *Repartir en mission ?*

Un des objectifs secondaires de ce mémoire était de déterminer ce qui conduit les sages-femmes à repartir ou non en mission humanitaire. Il a été établi précédemment que le seul motif absolu de non-départ pour les sages-femmes était le motif familial : la maladie d'un proche ou avoir des enfants, ce dernier n'étant pas un frein pour toutes les sages-femmes et parfois le fait de partir est un projet de famille.

Dans un contexte de guerre de plus en plus présent en Région africaine, il convient de préciser que le facteur sécurité de ce type de missions n'est pas un motif de non départ en soi d'un point de vue personnel. Cependant, les conditions de vie sur place du fait des règles de sécurité (vivre cloîtré plusieurs mois) est un frein au départ. Une sage-femme évoque également que personnellement partir dans un contexte de guerre n'était pas quelque chose qui la dérangerait mais que lors du retour d'une première mission dans ce contexte *« après avoir raconté tout ce qui s'était passé à [ses] parents ils ont dit : « plus jamais tu nous fait ça ». »*.

Au final, c'est dans le projet des 10 sages-femmes interviewées de repartir en mission humanitaire à plus ou moins longue échéance.

CONCLUSION

L'objectif principal de l'étude était d'analyser le vécu des sages-femmes face à la différence de médicalisation entre la France et la Région africaine. Cette étude devait également permettre de faire ressortir les ressources personnelles mises en œuvre par les sages-femmes pour s'adapter à cette différence de médicalisation.

Les entretiens réalisés avec 10 sages-femmes ayant effectué des missions humanitaires en Région africaine ont permis de mettre en évidence une période d'adaptation nécessaire lors de l'arrivée en Afrique. Cette adaptation est apparue comme étant plus ou moins longue selon certains facteurs comme la taille de l'ONG de départ, la présence ou non d'une expérience antérieure au départ ou encore la présence d'autres expatriés. L'étude a également montré que, pour ces sages-femmes, l'adaptation au manque de moyens (équipements, médicaments, personnel,...) était plus aisée que l'adaptation aux conséquences directes de celui-ci que sont les nombreux décès auxquels les sages-femmes doivent faire face.

Au retour de mission, les entretiens réalisés ont fait ressortir que la réadaptation au milieu hospitalier français s'est faite très rapidement contrairement aux appréhensions des sages-femmes. Cependant il a été remarqué que malgré cette facilité de réadaptation, le milieu hospitalier ne convient plus forcément aux sages-femmes par rapport à la façon dont elles souhaitent exercer leur profession.

Un autre objectif de cette étude a été de déterminer ce qui conduit les sages-femmes à repartir ou non en mission humanitaire. Il a été retrouvé que toutes les sages-femmes souhaitaient repartir en mission humanitaire et que le seul motif absolu de non départ, pour certaines d'entre elles, était un motif familial. Des conditions pour accepter le départ telles que le contexte de la mission, la durée de celle-ci ou encore les conditions de vie en mission ont également été retrouvées.

L'étude des entretiens semi-directifs a été restreinte au domaine de la médicalisation qui était le thème de ce mémoire. Cependant, ce travail pourrait être approfondi en abordant d'autres aspects, retrouvés dans les entretiens, qui n'ont pas pu être développés ici (le vécu des sages-femmes selon le contexte socio-culturel global et pas seulement dans le domaine de la santé, la possible inadéquation entre ce qu'apporte la mission humanitaire aux populations et les besoins réels de celle-ci, le vécu psychologique des sages-femmes au retour en mission, la vision que l'ensemble des sages-femmes françaises se fait de l'humanitaire...). Des questionnaires plus

spécifiques permettant une diffusion auprès d'une plus grande population de sages-femmes, à l'inverse des entretiens qui sont plus riches en informations mais plus difficilement réalisables en grand nombre, pourraient également permettre une approche différente et compléter le sujet.

Il pourrait également être intéressant de se pencher sur les missions humanitaires réalisées dans d'autres pays que ceux de la Région africaine ou encore sur la mission Camps de réfugiés-Migrants du Nord & Pas-de-Calais qui est proche de nous et touche également un certain nombre de sages-femmes.



Table d'accouchement - Centre de santé réhabilité par HI - Togo 2015



Consultation pédiatrique dans une unité mobile de MSF - Burkina Faso 2008



Séance de vaccination dans un centre de santé - Togo 2015

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2014 - [En ligne] – 2014 - [Consulté le 10/12/2015] - 1 (1), [182 pages]. Consultable à l'URL : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/
- [2] L'espoir. Classement des pays du monde par Indice de Développement Humain (IDH) - [En ligne] - 23 octobre 2014 - [Consulté le 13/03/2016] - Consultable à l'URL : <http://lespoir.jimdo.com/2014/10/23/classement-des-pays-du-monde-par-indice-de-d%C3%A9veloppement-humain-idh/>
- [3] Jaffré, Y. et Prual, A. - «Le corps des sages-femmes», entre identités professionnelle et sociale – in Jaffré, Yannick et Prual, Alain - Sciences sociales et santé -1993 - volume 11 - no 2 - p. 63-80.
- [4] Noto R., Huguenard P., Larcen A. - Médecine de catastrophe – 1987 – MASSON, Abrégés.
- [5] Brauman, Rony - La Médecine Humanitaire – 2010 - Collection encyclopédique, Que sais-je ?
- [6] Ouedraogo, C., Ouattara, T., Akotiongna, M. - La mortalité maternelle au Burkina Faso Évolution et stratégie nationale de lutte – in Ouedraogo C., Ouattara T., Akotiongna M. - Médecine d'Afrique Noire – 2001 - vol. 11 - no 41 - p. 452-456.
- [7] Site officiel AMREF Flying Doctors. Programme « Stand up for african mother ». [Consulté le 01/02/2015]. Consultable à l'URL : <http://amref.fr/standupforafricanmothers/les-programmes/>
- [8] Prual, A. Santé publique, Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest -1999 - vol. 11 - p. 155-191.
- [9] Liberté, égalité, maternité. La différence. [En ligne]. Avril 2013. [Consulté le 01/02/2014]. Consultable à l'URL : <http://liberteegalitematernite.com/2013/04/09/la-difference/#more-804>
- [10] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme. [En ligne]. Dernière modification le 23 mars 2013. [Consulté le 03/02/2016]. Consultable à l'URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>

[11] Numerus clausus PACES - [En ligne] – [Consulté le 13/03/2016] – Consultable à l'URL : <http://paces.remede.org/paces/numerus-clausus.html>

[12] Les pratiques de sage-femme dans le monde en 2011. [En ligne]. 20 Juin 2011. [Consulté le 13/03/2016]. Consultable à l'URL :

https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjXg-m8277LAhVHVoKHZY6AR0QFgghMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.unfpa.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpub-pdf%2Ffr_SoWMy_Full.pdf&usg=AFQjCNH1W-7zPZhCCRdaxRJEMbpLoE6Brw&sig2=Wqj3Az8j2BI4zYQYjTKKXQ

[13] Ryfman P. – La question humanitaire – 1999 – ELLIPSES, Paris – 208p

[14] Renais Anne-Laure – Sage-femme et humanitaire : regards sur l'évolution des prises en charge au retour en France – Mémoire – École de Sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen – 2013 – 104p

[15] Sauvayre R. – Les méthodes de l'entretien en sciences sociales – 2013 – DUNOD, Paris

[16] Dauvin, P., & Siméant, J. - Travailler sur l'humanitaire par entretiens—Retour sur une «méthode» - 2001 – Mots, vol.65, n°1, p.117-133 - [Consulté le 28/03/2016] - Consultable à l'URL : http://www.persee.fr/doc/mots_0243-6450_2001_num_65_1_2490

[17] Chaudesaygues Elise – Première mission humanitaire à l'étranger : difficultés rencontrées et risques psychologiques pour les médecins – Thèse – Faculté de médecine de Lyon – 2014 – 72p

[18] Bancel, N., & Iehl, C. - Partir "sans frontière":'humanitaire aujourd'hui. - 1998 - *Agora débats/jeunesses*, vol.11, n°1, p.31-40 - [Consulté le 28/03/2016] - Consultable à l'URL : http://www.persee.fr/doc/agora_1268-5666_1998_num_11_1_1583

ANNEXE 1

Regroupement des pays par régions OMS (région africaine et région européenne).

Les pays en gras sont ceux dans lesquels les sages-femmes interviewées ont réalisé des missions.

Région africaine : Afrique du Sud, Algérie, **Angola**, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, **Cameroun**, Cap-Vert, Comores, Congo, **Côte d'Ivoire**, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, **Kenya**, Lesotho, Liberia, **Madagascar**, Malawi, **Mali**, Maurice, **Mauritanie**, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, **République centrafricaine**, **République démocratique du Congo**, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, **Sénégal**, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, **Tchad**, **Togo**, Zambie, Zimbabwe.

Région européenne : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, **France**, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Monténégro, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine.

ANNEXE 2

La pratique de sage-femme dans le monde – Profils de pays

(Angola)

Après des années de guérilla contre la métropole coloniale, l'Angola est devenu indépendant en 1975, comme état communiste appelé République populaire d'Angola. Les populations n'acceptant pas toutes ce régime, vingt-cinq ans de guerre civile ont suivi, le conflit étant attisé par le contexte de la guerre froide et par les rivalités autour des ressources minières du pays : Cuba, l'Afrique du Sud (qui a tenu la Namibie jusqu'en 1989) et d'autres états s'en sont mêlés de part et d'autre. Il a fait à peu près 1 million de morts et laissé des millions de mines anti-personnel qui tuent encore. Les identités sociales ethniques se maintiennent, mais, depuis la paix, un sentiment national s'est développé dans les dernières décennies.

Cameroun

Plus de la moitié de la population camerounaise est urbanisée et le pays compte un grand nombre de personnes déplacées. Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé et n'a pas sensiblement diminué depuis 1990. Des mesures visant à réduire les obstacles financiers à la consultation en soins de santé maternelle commencent à être appliquées. Un plan est élaboré pour renforcer la formation et la gestion des ressources humaines – l'accent étant mis sur la formation de sages-femmes avec un ensemble de mesures incitatives pour les persuader d'exercer en milieu rural –, former des généralistes à l'ensemble des soins obstétricaux d'urgence et former des infirmières anesthésistes. La formation à la profession de sage-femme est actuellement accessible après l'obtention d'un diplôme d'infirmière et au moins deux ans d'expérience. L'évaluation du programme d'enseignement pour ce qui est des compétences essentielles de la profession de sage-femme selon l'ICM (International Corporation of Midwives) n'a pas encore été achevée. Le pays n'a pas de formation directe à la profession de sage-femme, mais envisage de réviser cette formation et d'augmenter les effectifs. À cette fin, une école de sages-femmes, attachée à la Faculté de médecine et de sciences biomédicales sera bientôt ouverte.

Côte d'Ivoire

Après des années d'instabilité et de conflit armé les indicateurs et les structures sanitaires se sont dégradés en Côte d'Ivoire. La fécondité reste élevée et la contraception peu utilisée. Le taux de mortalité maternelle a légèrement diminué depuis 1990 mais reste élevé en partie en raison de la prévalence considérable du VIH. La gratuité progressive des soins de santé maternelle a eu pour effet d'en augmenter la demande et cela se traduit par une pression grandissante sur le système de soins, qui demeure fragile. Le plan de formation de ressources humaines a chiffré le nombre de spécialistes de santé maternelle à former et a défini les attributions des différentes catégories de soignants. Un programme de formation directe des sages-femmes en trois ans est en place depuis 2007 et le programme d'enseignement inclut les compétences définies par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). Dans l'ensemble, cette formation n'est pas assez réglementée et n'organise pas les carrières. L'affectation en milieu rural des sages-femmes diplômées fait problème. Parmi les principales mesures à prendre pour améliorer cette formation figurent le recrutement et l'amélioration des conditions de travail du personnel médical enseignant ainsi que la réduction du nombre d'élèves dans chaque programme.

Kenya

On estime que 50 % des Kényans vivent dans la pauvreté. La fréquence des maladies infectieuses telles que l'infection par le VIH et le paludisme alourdit le fardeau qui pèse sur le système de soins de santé. On estime que 14 % des décès maternels sont dus à l'infection par le VIH. Les chiffres de santé maternelle se sont améliorés au cours des années 90, mais au cours de la dernière décennie aucun progrès n'a été obtenu dans la réduction de la mortalité maternelle. Les disparités de richesse et de revenu font obstacle à un accès équitable aux soins.

Depuis 2007 la politique nationale de santé procréative met l'accent sur la couverture des populations vulnérables et défavorisées. Créé en 2002, le Système informatisé des effectifs de soignants permet au Gouvernement kényan de déterminer comment répartir au mieux les soignants dans le territoire du pays. Un système de formation de sages-femmes est bien en place, et les sages-femmes diplômées sont autorisées à pratiquer toutes les compétences essentielles définies par l'ICM. Cependant, le manque de sages-femmes dans le secteur sanitaire public est grave, et pourtant les sages-femmes nouvellement diplômées ont du mal à trouver un poste.

Madagascar

Madagascar connaît le triple problème d'un accroissement rapide de la population, d'une pauvreté qui s'aggrave et de l'instabilité politique. La fécondité est élevée et le taux de fécondité des adolescentes est l'un des plus élevés d'Afrique. Le pays a réduit le taux de mortalité maternelle depuis 1990, mais celui-ci demeure élevé. La médiocrité de l'infrastructure et des équipements, la précarité des systèmes d'aiguillage vers les services appropriés et le manque de personnel qualifié restreignent les moyens d'accès aux soins de santé, en particulier dans les provinces. Les autorités ont fait de la santé maternelle et néonatale une priorité rigoureuse et elles ont lancé en 2008 un plan national de santé maternelle et néonatale. Des mesures récentes cherchent la gratuité de l'accouchement, qui couvre aussi les césariennes, et encourage les femmes à accoucher dans les maternités où les autorités comptent porter à 75 % la proportion d'accouchements surveillés. On compte à Madagascar 21 écoles de sages-femmes mais le nombre des sages-femmes diplômées nécessaires n'est pas encore atteint, et dans les centres de soins isolés ce sont toujours des auxiliaires qui dispensent les principaux soins.

Mali

Vaste pays sans littoral d'Afrique occidentale, le Mali a une population de 13,5 millions dont les deux tiers vivent dans les zones rurales. Le taux de fécondité est élevé et l'utilisation de la contraception très réduite. Près de la moitié de la population, qui augmente rapidement, a moins de 15 ans, et il y a un taux net de migration relativement élevé, grâce à l'action d'une diaspora active. Le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés au monde, bien qu'il ait diminué au cours des 20 dernières années. Des pratiques traditionnelles et un taux élevé d'analphabétisme parmi les femmes font gravement obstacle à la consultation de médecins de maternité et, au demeurant, dans les zones rurales, les services de santé maternelle sont généralement absents. Les sages-femmes qualifiées ne sont pas incitées à s'installer dans les zones reculées et il n'y a pas pour elles de plan de carrière. Des mesures récentes assurent la gratuité des césariennes et cela pourrait augmenter le nombre d'accouchements dans les maternités, si cette mesure s'appuie sur des ressources suffisantes pour répondre aux besoins (par exemple avec la fourniture en quantité suffisante de trousse de césariennes).

Mauritanie

La République islamique de Mauritanie est un vaste pays de l'Afrique du Nord-Ouest dont la population est très dispersée. Les trois quarts vivent dans des zones désertiques ou semi-désertiques. La population est jeune et augmente, et le taux de grossesses d'adolescentes est élevé. Il est donc difficile de répondre aux besoins non satisfaits de soins de santé maternelle et néonatale. La mortalité maternelle reste élevée, même si elle a diminué de 30 % au cours des 20 dernières années. Très rares sont les centres de soins qui dispensent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base. La politique et le plan de santé public, publiés en 2009, mettent en avant la santé maternelle et infantile et un observatoire des ressources humaines du secteur de la santé a récemment été créé. Le Gouvernement mauritanien a introduit un barème volontaire fixe des frais de grossesse d'accouchements (le « forfait obstétrical »), qui s'étend désormais à une grande partie du pays. Les sages-femmes mauritaniennes ont créé une association professionnelle et un syndicat, mais il n'y a pas de conseil réglementant la profession.

République Centrafricaine (RCA)

La République centrafricaine présente une grande diversité ethnique et une faible densité de population. Il sort d'une période d'instabilité due à un long conflit armé interne qui a aggravé une situation économique déjà précaire et limité encore davantage l'accès aux soins de

santé et autres services sociaux de base. Le taux de fécondité générale et la fécondité des adolescentes en particulier sont élevés, et la contraception peu utilisée. Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé et n'a pas diminué depuis 1990, en partie en raison de la forte prévalence du VIH/sida. Les soins de santé maternelle et infantile sont une priorité dans le Plan national de santé publique. Un programme de formation directe de sage-femme est en place mais la plupart des diplômées ne peuvent trouver une affectation dans le secteur public. La réglementation et les procédures d'homologation de la profession de sage-femme n'ont pas encore été définies. Un programme de perfectionnement permanent est en place mais concentré surtout dans les zones urbaines. L'Association nationale des sages-femmes et des infirmières sages-femmes milite activement pour le développement de la profession.

République Démocratique du Congo (RDC)

De nombreuses années de conflit et d'instabilité ont gravement endommagé ou détruit une grande partie de l'équipement de la République démocratique du Congo. Plus de la moitié de la population, qui est nombreuse, vit dans la pauvreté et le taux de fécondité générale demeure élevé. Le taux de mortalité maternelle a été réduit mais demeure très élevé. Une feuille de route pour améliorer les soins de santé maternelle et néonatale a été établie et budgétisée, mais elle n'est pas encore pleinement appliquée au niveau des districts. La formation de soignants ne prévoit pas expressément, dans le plan national, la formation des sages-femmes. Un programme conjugué de formation d'infirmières et de sages-femmes est appliqué dans les six écoles d'infirmières existant dans le pays. On manque cependant de personnel enseignant dans la profession de sage-femme et les spécialistes disponibles sont concentrés dans la capitale. Il faut également augmenter les effectifs et les compétences du personnel enseignant.

Sénégal

Le Sénégal a progressé dans l'accès à l'éducation et dans l'égalisation de la scolarisation des garçons et des filles. La fécondité a légèrement diminué mais demeure élevée. La contraception demeure peu utilisée. Certains villages abandonnent des pratiques néfastes mais la mutilation/excision génitale de la femme demeure largement pratiquée. La mortalité maternelle a été notablement réduite au cours des 20 dernières années mais elle demeure élevée. Il existe une feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, et une politique de gratuité de l'accouchement en maternité, y compris pour les césariennes, a abouti à une augmentation de l'utilisation de ces services depuis 2005. Le Sénégal fait face à une pénurie générale de personnel soignant qualifié (y compris les sages-femmes, les obstétriciens, les anesthésistes et les pédiatres) surtout dans les zones rurales. Le rôle des sages-femmes a été élargi pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence et aux services de planification familiale, et les autorités se sont engagées de recruter davantage de sages-femmes dans le secteur public. Des mesures pour mieux déployer et fidéliser les sages-femmes dans les zones rurales sont à l'essai.

Tchad

Depuis de nombreuses années le Tchad est en conflit et connaît l'insécurité. Le taux de fécondité générale est très élevé et la contraception encore très peu utilisée. Le taux de mortalité maternelle a diminué de 5 % seulement depuis 1990 et reste l'un des plus élevés au monde. La feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale reconnaît le caractère essentiel de la profession de sage-femme. Un décret présidentiel a institué la gratuité des soins obstétricaux d'urgence en 2007. Le Tchad compte un réseau de 11 écoles d'arrondissement qui forment des sages-femmes et des soignantes ayant les compétences de la sage-femme. Le nombre de sages-femmes a un peu augmenté depuis 1998, et comme plus de la moitié exercent dans la capitale, le gouvernement étudie les moyens de les inciter à exercer en milieu rural. Il faudra beaucoup augmenter l'effectif des sages-femmes pour répondre aux besoins actuels et futurs du pays. Il est essentiel de renforcer et de relever le niveau des enseignements dispensés pour garantir une offre adéquate de sages-femmes qualifiées.

Togo

Le Togo a accédé à l'indépendance en 1960 et, depuis, son développement demeure tributaire de l'aide extérieure. Il subit des effets de choc tels que les inondations et le

renchérissement des prix alimentaires. La population est relativement jeune, assez nettement urbanisée (40 %) avec un taux élevé de fécondité des adolescentes. Les femmes voient leur condition s'améliorer mais continuent d'être assujetties à des restrictions juridiques et sociales. La mortalité maternelle diminue régulièrement au fil des ans mais demeure élevée. Il y a une grande disparité entre les zones urbaines et les zones rurales pour ce qui est du taux de sages-femmes, et une grave pénurie d'établissements de soins obstétricaux d'urgence. Le Togo a du mal à conserver ses soignants qui, ces dernières années, ont émigré en grand nombre. L'application et la création de plans visant à réduire la mortalité maternelle n'ont commencé que ces dernières années.

ANNEXE 3

Grille d'entretien

- L'année et le lieu d'obtention du diplôme
- Localisation lors de l'entretien : France ou pays d'Afrique subsaharienne
- Parcours professionnel :
 - Nombre d'années d'exercice avant la première mission à l'étranger
 - Secteur d'exercice privilégié de la profession (secteur libéral/hospitalier, consultations/bloc obstétrical/suites de couches...)
 - Démarche ayant menée à l'engagement dans une mission humanitaire
 - ONG de départ
 - Nombre de missions effectuées au total/en Afrique subsaharienne
 - Lieu et durée des missions
 - Description et type des missions (urgence, développement,...)
- Comment avez-vous vécu le passage de la France vers le pays d'Afrique subsaharienne ?
 - Vision et attentes de la mission avant le départ
 - Premières impressions, confrontation réalité-attentes
 - Difficultés rencontrées ou non
 - Ressources personnelles mises en œuvre pour s'adapter aux impératifs de la mission
 - Ce qui vous a manqué pour mieux vous adapter
 - Représentations sur la différence de médicalisation si non ou peu abordé précédemment
- Et de l'Afrique subsaharienne vers la France ?
 - Avant le retour au France : appréhensions dues à celui-ci
 - Confrontation entre la réalité du retour et l'imaginaire/les à priori (positifs ou négatifs)
 - Difficultés rencontrées ou non
 - Ressources personnelles mises en œuvre pour s'adapter au retour en France
 - Ce qui vous a manqué pour mieux vous adapter
 - Représentations sur la différence de médicalisation si non ou peu abordé précédemment
- Choix de repartir ou non en mission, pourquoi ce choix ?
- Différences entre la première mission et les missions suivantes s'il y en a eu.

NB : La retranscription intégrale anonymisée des entretiens est disponible à la demande à l'adresse mail suivante : moreau.melanie92@gmail.com

ANNEXE 4

Présentation des ONG

Médecins du monde (MDM)

Né en 1980, présent en France et dans 64 pays, Médecins du Monde est un mouvement international indépendant de militants actifs qui soignent, témoignent et accompagnent le changement social. À partir de 355 programmes médicaux innovants et d'un plaidoyer basé sur des faits, MDM met les personnes exclues et leurs communautés en capacité d'accéder à la santé tout en se battant pour un accès universel aux soins. Quatre axes d'intervention structurent son action : soutien aux victimes des crises et des conflits, promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR), réduction des risques (RdR) et enfin soins aux populations migrantes et déplacées.

(<http://www.medecinsdumonde.org/>?)

Médecins Sans Frontières (MSF)

Médecins Sans Frontières est une association médicale humanitaire internationale, créée en 1971 à Paris par des médecins et des journalistes. Médecins Sans Frontières apporte une assistance médicale à des populations dont la vie ou la santé est menacée : principalement en cas de conflits armés, mais aussi d'épidémies, de pandémies, de catastrophes naturelles ou encore d'exclusion des soins. Toutes ces situations nécessitent des ressources médicales et logistiques adaptées. Indépendante de tous pouvoirs politiques, militaires ou religieux, MSF agit en toute impartialité, après évaluation des besoins médicaux des populations. La garantie de l'indépendance de l'association s'enracine dans son financement, assuré par la générosité de ses donateurs privés. En France, en 2014, 96% des ressources de MSF étaient d'origine privée.

(<http://www.msf.fr/>)

Fidesco

Fidesco est l'une des 5 premières ONG françaises de volontariat reconnues par le ministère des Affaires étrangères. Organisation catholique de solidarité internationale, Fidesco envoie des volontaires dans les pays en développement pour mettre leurs compétences professionnelles au service d'aide aux populations locales. Fidesco représente près de 170 volontaires répartis dans 28 pays pour des missions de 2 ans (1 an possible en césure). Créé en 1981 par la Communauté de l'Emmanuel à la demande d'évêques africains, Fidesco est une association loi 1901 dite de bienfaisance et assimilable à une association d'utilité publique. Fidesco pilote et gère également une dizaine de projets de développement, à la demande de ses partenaires. C'est le cas notamment du dispensaire de Matoto en Guinée, du centre des enfants des rues à Kigali au Rwanda et de l'école professionnelle à Port-au-Prince en Haïti.

(<http://www.fidesco.fr/>)

Passeport Pour Une Naissance

Association à but non lucratif d'échanges culturels et de partage du savoir-faire inter-professionnel (médical essentiellement) intitulée "Passeport pour Une Naissance", soumise aux dispositions de la loi du 01 juillet 1901 et créée en France à Paris le 15 janvier 1997. Elle s'intéresse aux plus petits, aux mères et aux enfants de préférence. Elle apporte son aide dans les domaines sanitaires et éducatifs dans les pays médicalement démunis, dans le domaine de la périnatalité avant tout.

(<http://www.ppun.fr/PPUN%20site%20textes/ConnaitreTdM.html>)

Première Urgence et Aide Médicale Internationale

Première Urgence Internationale est une ONG internationale à but non lucratif, apolitique et laïque. Elle vient en aide aux victimes civiles, marginalisées ou exclues par les effets de catastrophes naturelles, de guerres et de situations d'effondrement économique. Son objectif est d'apporter une réponse globale à l'ensemble des besoins fondamentaux des populations victimes de crises humanitaires dans l'urgence jusqu'à leur permettre de retrouver autonomie et dignité. Actuellement, des projets sont menés dans 22 pays par 3000 collaborateurs nationaux, 180 expatriés et 75 salariés au siège.

(<https://www.premiere-urgence.org/>)

Handicap International

Créée en 1982, Handicap International est une organisation de solidarité internationale indépendante et impartiale. Elle est organisée en réseau fédéral. La Fédération Handicap International met en œuvre les programmes dans le monde et pilote la stratégie globale du réseau fédéral. Ses secteurs d'activité sont : réadaptation (dont appareillage et rééducation), déminage et prévention des accidents, accessibilité, gestion de camps de réfugiés, distributions, insertion économique et sociale, santé, prévention, insertion scolaire, développement local préparation aux catastrophes et réduction des risques, réhabilitation, reconstruction et plaidoyer. Que ce soit dans des contextes de pauvreté, d'exclusion, de conflits ou de catastrophes naturelles, Handicap International accompagne les personnes handicapées, les victimes de mines, de sous-munitions et d'autres restes explosifs de guerre, les blessés, les réfugiés, les déplacés, les victimes de catastrophes naturelles, de maladies chroniques ou invalidantes, de violences (en particuliers les femmes et les enfants), etc.

(<http://www.handicap-international.fr/>)

Santé Sud

Santé Sud a été créée en 1984 par des professionnels de la santé confrontés aux limites de l'aide d'urgence et voulant contribuer à un développement durable de la santé. Selon sa devise « Agir sans remplacer », l'association de solidarité internationale marseillaise soutient des structures sanitaires, sociales et associatives dans les pays en développement. Convaincues que les pays du Sud disposent de tout le potentiel pour dispenser les soins nécessaires à leur population et qu'il leur appartient de choisir la voie de leur développement, ses équipes veillent à accompagner et à former des professionnels sanitaires et sociaux qui pourront soigner eux-mêmes les populations de leur pays. Depuis sa création, l'ONG Santé Sud a mené plus de 100 programmes dans une trentaine de pays.

(<http://www.santesud.org/>)

Gynécologie Sans Frontières

L'association Gynécologie Sans Frontières (GSF) est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) composée de médecins et sages-femmes préoccupés par la santé des femmes dans les pays où précarités médicale, psychologique ou sociale existent. Les actions de GSF concernent l'éducation des populations, la formation de professionnels et les soins apportés aux populations. L'association GSF intervient soit à titre individuel, soit le plus souvent en partenariat avec d'autres O.N.G. La fréquence et la sévérité des problèmes touchant les femmes (mortalité maternelle, M.S.T., SIDA, cancers gynécologiques) nécessitent l'expertise et l'action de spécialistes, d'où sa présence parmi les autres O.N.G.

(<http://gynsf.org/>)

Aïna – Enfance et Avenir

« Aïna » signifie « la vie », « le souffle de vie » en malgache. « Fournisseur d'avenir », Aïna, Enfance & Avenir intervient depuis 2005 à Madagascar, l'un des pays les plus pauvres de la planète, auprès d'une population extrêmement démunie : les enfants des rues, abandonnés, orphelins, ou enfants en danger, ainsi qu'auprès de jeunes mères mineures sans ressources. Aïna, Enfance et Avenir ne vise qu'un seul objectif : réinventer la vie de ces enfants démunis en les aidant à se construire un avenir et en prenant en charge leurs mères adolescentes. Pour atteindre cet objectif, l'association agit au quotidien dans trois domaines : la mise en place de structures adaptées aux besoins des enfants, l'amélioration de la vie quotidienne des enfants et l'aide à la scolarisation.

(<http://www.ainaenfance.org/>)

ANNEXE 5



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
Filière Maieutique
56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
Tél. : 03-20-13-47-36
fm-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : <i>KOREAU Mélanie</i>	Date de la demande : <div style="font-size: 1.2em; text-align: center;"><i>27/11/15</i></div>
---	--

DEMANDE	
Sujet de la recherche : <i>Vécu des âgées femmes lors de la réalisation de missions humanitaires en Afrique subsaharienne face à la différence de médicalisation avec la France</i>	
Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude) <div style="height: 30px;"></div>	
Lieu	<i>A domicile ou via Skype</i>
Service	<i>/</i>
Période de l'étude	<i>Novembre - Décembre</i>
Modalités de l'étude	Questionnaire <input type="checkbox"/> Entretiens <input checked="" type="checkbox"/> Recueil de données <input type="checkbox"/> Autres (précisez)

Signatures :		
	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	<i>V Denat</i>	<i>C Roux</i>
Qualité :	<i>Gynécologue-obstétricien</i>	<i>Directrice de la filière</i>
Signature :		

AUTORISATION		
Nom :		
Qualité :		
Signature :		
Remarques : <div style="height: 40px;"></div>		

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016

TITRE :**VECU DES SAGES-FEMMES**

Entre missions humanitaires dans les pays en voie de
développement de la Région africaine et maternités françaises

AUTEUR : Mélanie MOREAU**Sous la direction de :** Madame le docteur Valérie DENOIT, gynécologue-obstétricien**MOTS-CLES :**

Sage-femme. Mission humanitaire. Médicalisation. Région africaine. Maternités françaises.
Adaptation.

RESUME :

Il existe de nombreuses disparités sur le plan de la santé entre la France et les pays en voie de développement, notamment ceux de la Région africaine. Depuis plusieurs années, les ONG multiplient les missions humanitaires dans cette région. Un certain nombre de sages-femmes françaises participent à ces missions et doivent alors pratiquer leur profession dans un contexte et des conditions très différents de ce qui se trouve en France. Comment s'adaptent-elles à la différence de médicalisation ?

Par la réalisation de 10 entretiens semi-directifs, effectués auprès de sages-femmes parties en Région africaine, cette étude a pour but d'analyser le vécu des sages-femmes face à cette différence de médicalisation, de mettre en évidence les ressources mises en œuvre par les sages-femmes pour s'y adapter et de déterminer ce qui les conduit à repartir en mission humanitaire ou à rester en France.

Les résultats de l'étude montrent que l'arrivée en Afrique demande une grande adaptabilité au niveau de ses pratiques professionnelles, mais encore plus pour gérer les conséquences du manque de moyens (équipements, médicaments, personnel,...) que sont les nombreux décès et les situations critiques de certains patients. En revanche, au retour, la reprise du travail dans le milieu hospitalier français s'est révélée moins difficile que ne l'appréhendaient les sages-femmes interviewées.

La différence de médicalisation est quelque chose à laquelle toute sage-femme réalisant des missions humanitaires est confrontée. Cette étude a permis de faire ressortir un certain nombre de concepts concernant l'adaptation des sages-femmes à cette différence (importance du compagnonnage, type de mission...).

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN

60 rue du Port – 59040 Lille Cedex

Téléphone : 03-59-56-69-79

Email : contact-bibliotheque@univ-catholille.fr