Université Lille 2
École de sages-femmes CHRU de Lille

L'engagement humanitaire chez les sages-femmes : motivations et impact des missions de courte durée

Mémoire dirigé et soutenu par Clémence DECUYPER,
Sous la direction d'Anne DUBOS

Promotion Baptiste Beaulieu, Année 2018

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Mme Anne Dubos, pour son accompagnement stimulant, sa patience, son regard positif et sa bienveillance.

A Mme Alexandra Duthe, administratrice de Gynécologie Sans Frontières, qui m'a mise en relation avec les sages-femmes interrogées.

Aux sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude, pour leur gentillesse et leur disponibilité.

A mes fidèles acolytes de promotion, pour leur soutien sans faille, y compris dans les moments difficiles, et pour tous ces moments de joie et de bonne humeur.

A mes parents et mon frère, pour leur présence, leur aide précieuse, mais surtout leur patience infinie…

A ma famille et amis proches, pour leurs encouragements.

« Par l'exigence de solidarité dont elle est porteuse, dans une logique de subsidiarité et de complémentarité, par sa contribution à la stabilité internationale, l'action humanitaire est indissociable de notre vision et des valeurs de notre engagement dans le monde »

Jean-Yves Le Drian, Ministre de l'Europe et des Affaires Étrangères

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

THEORIE ET CONCEPTS 2

I. MISSION HUMANITAIRE 2

A. UN PEU D'HISTOIRE 2
B. L'HUMANITAIRE DANS LES CAMPS ; REFUGIES, MIGRANTS OU DEMANDEURS D'ASILE 4
C. ZOOM SUR LE CAS DE CALAIS 5

II. L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE 7

A. LES ONG 7
B. LES VOLONTAIRES 7

III. L'IMPACT DES MISSIONS 9

A. AU NIVEAU RELATIONNEL 10
B. SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES 10

PRESENTATION DES RESULTATS 12

I. METHODOLOGIE 13

A. CHOIX DE LA POPULATION 13
B. CRITERES DE SELECTION 13

II. RESULTATS OBTENUS AU COURS DE L'ENQUETE 14

A. PROFIL DES SAGES-FEMMES 14
B. ATTENTES 15
C. CHOIX D'UNE MISSION DE COURTE DUREE 16
D. MILIEU PORTEUR 17
E. ACTIVITES EXERCEES DURANT LA MISSION HUMANITAIRE 17
   1. Mission CAMINOR 17
   2. Autres missions 18
F. RESSENTIS VIS-A-VIS DES MISSIONS 19
   1. Aspects négatifs 19
   2. Aspects positifs 21
G. LA VIE EN EQUIPE DURANT LES MISSIONS 22
H. LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE AU RETOUR DE MISSION 22
I. RETOUR A LA VIE QUOTIDIENNE 24
J. PERENNITE DE L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE 25
K. MOTIVATIONS 26

ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS **28**

I. POINTS FORTS – POINTS FAIBLES – BIAIS DE L'ETUDE **28**

A. POINTS FORTS 28
B. POINTS FAIBLES ET BIAIS DE L'ETUDE 28

II. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS **29**

A. L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE DES SAGES-FEMMES SUR UNE MISSION COURTE 29
B. EXERCER EN HUMANITAIRE LORS DE MISSIONS DE COURTE DUREE ENTRAINE-T-IL UNE MODIFICATION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE CHEZ LES SAGES-FEMMES ? 33

CONCLUSION **35**

BIBLIOGRAPHIE **36**

Introduction

La profession de sage-femme est l'une des plus anciennes qui soit, et pourtant, elle ne cesse d'évoluer.
Ces dernières années, la vague de migrants déferlant sur l'Europe n'a cessé de prendre de l'ampleur, notamment par une majoration de l'immigration féminine. Sur les routes de l'exode tout comme dans les camps, zones de non-droit, elles sont souvent victimes de violences, physiques et/ou sexuelles.
Cette violence faite aux femmes et la santé des femmes étant au cœur des inquiétudes des bénévoles, de plus en plus de voix s'élevant pour souligner la crise humanitaire, les sages-femmes trouvent toute leur place dans le champ de l'action humanitaire.
Elles ont notamment été appelées à intervenir aux côtés d'autres professionnels dans les camps de la région Hauts-de-France par l'association Gynécologie Sans Frontières, qui leur proposait une mission de deux semaines, axée sur la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes et femmes victimes de violences.

En mars 2018, le ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères a publié une nouvelle stratégie humanitaire de la République Française pour les années 2018-2022, l'action humanitaire étant un des piliers de la politique étrangère. L'une des 15 décisions prises (Cf. ANNEXE I) mettant particulièrement l'accent sur les actions prévoyant une aide spécifique aux femmes et aux filles, l'engagement des sages-femmes en humanitaire n'est pas à négliger [1].

L'engagement associatif bénévole est un thème abordé dans de nombreuses publications scientifiques, seulement, rares sont celles concernant des missions humanitaires de courte durée. Il nous a donc semblé intéressant de nous intéresser à une population de sages-femmes ayant effectué une ou plusieurs missions courtes, que ce soit en France ou à l'étranger, essayant de comprendre et d'identifier leurs motivations à s'engager, ainsi que l'impact de ces missions sur leurs pratiques professionnelles.

Dans une première partie, nous aborderons l'humanitaire au travers de son histoire avant de nous concentrer sur l'humanitaire dans les camps et de faire un focus sur le cas de Calais, les différentes caractéristiques de l'engagement humanitaire, avant de terminer par étudier l'impact sur les compétences professionnelles et relationnelles ressenti par les sages-femmes à leur retour de mission.
La seconde partie consistera à détailler la méthodologie utilisée et présenter les résultats obtenus.
Pour terminer, ces résultats seront analysés et discutés.

THEORIE ET CONCEPTS

I. Mission humanitaire

A. Un peu d'histoire

L'aide humanitaire n'est pas une idée neuve : l'idée originelle consiste à aider les blessés de guerre. Avec la Révolution Française et la proclamation de l'égalité des citoyens, l'armée de métier est remplacée par une armée de citoyens. A cette époque, les officiers de santé et les ambulances doivent se tenir éloignés des champs de bataille et attendre la fin des combats pour intervenir. Indigné de cette situation, Dominique Larrey, figure incontestable de l'histoire de la médecine militaire, propose de créer des équipes volantes afin de dispenser les premiers soins et d'évacuer les blessés. Il ne sera malheureusement guère imité au XIXe siècle, malgré quelques exceptions [2].
Quelques années plus tard, Henry Dunant assiste à la bataille de Solférino (juin 1859) et y découvre les atrocités de la guerre ; les corps meurtris, l'agonie des soldats abandonnés à eux-mêmes… [3].
Le respect de la personne humaine en temps de conflit armé devient sa priorité. Il se réunit en 1863 avec 4 personnalités genevoises et fonde le futur Comité International de la Croix-Rouge (CICR).
Le 22 août 1864, le Comité soumet ses résolutions aux représentants de seize états. La première convention de Genève (ANNEXE II) est signée par les douze puissances les plus importantes du monde occidental, qui s'engagent à protéger en temps de guerre tous les blessés, qu'ils soient alliés ou ennemis. Le droit humanitaire international et la Croix-Rouge étaient nés.

Association d'envergure internationale, la Croix Rouge repose sur 7 principes fondamentaux : « humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité » [4]. Le mouvement actuel se compose de 3 organismes collaborant entre eux [5] :

- Le CICR (Comité International de la Croix-Rouge), qui intervient uniquement en situation de conflits. Il est le gardien du DIH (Droit Humanitaire International).
- La Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui coordonne les sociétés nationales et soutient leur développement.
- Les sociétés nationales, implantées dans différents pays et chargées de répondre à leurs besoins.

Les deux guerres mondiales, et plus particulièrement la Seconde Guerre mondiale, ont amené une évolution du droit humanitaire et de multiples modifications sont apportées à la

convention de Genève. Le 12 août 1949, la conférence de Genève propose 4 conventions intégrant notamment la notion de protection des femmes civiles en temps de guerre [6].
A ces conventions sont ajoutés deux protocoles relatifs à la protection des victimes des conflits armés, internationaux ou non. L'ensemble de ces conventions et protocoles forment le droit humanitaire classique.

Dans la période de reconstruction qui suit la guerre, de nombreuses organisations caritatives vont voir le jour, pour la plupart religieuses, ainsi que de grandes agences comme l'ONU (Organisation des Nations Unies).

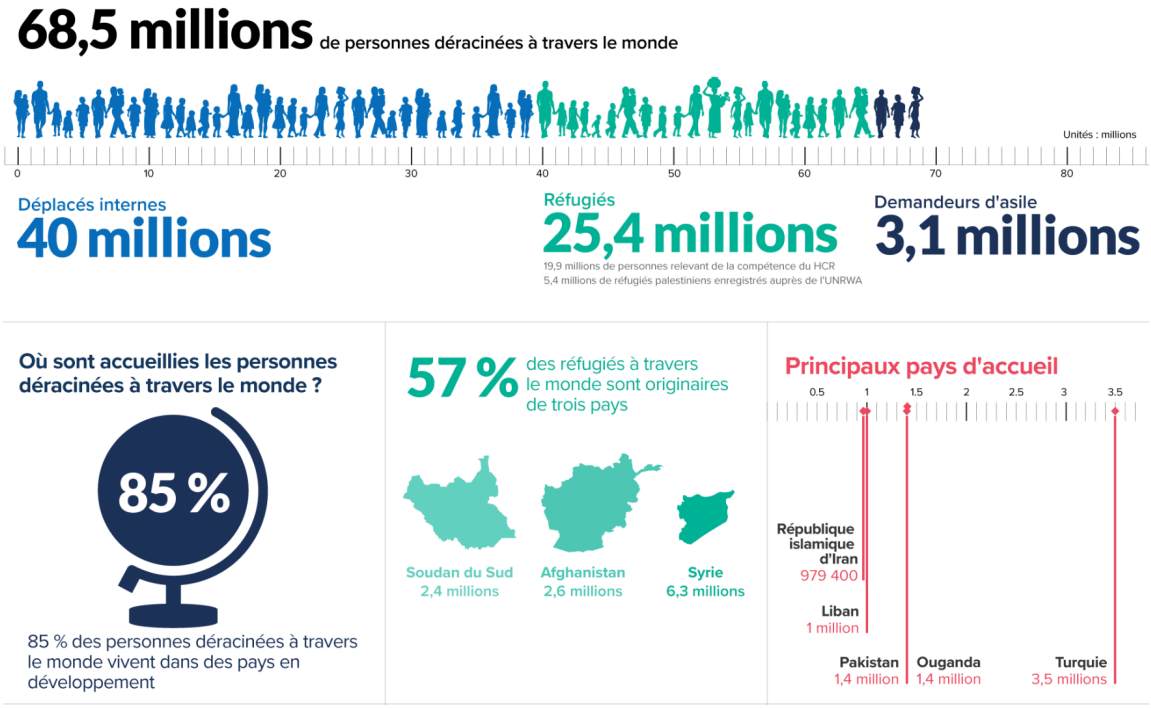
Vient ensuite la guerre du Biafra, véritable génocide du XX^{e} siècle et l'une des plus épouvantables crises humanitaires de la deuxième moitié du XX^{e} siècle. Quelques médecins de la Croix-Rouge Française, réunis autour de Bernard Kouchner, décident de transgresser le serment prêté à la Croix-Rouge de « … s'abstenir de toutes communications et de tous commentaires sur sa mission » et de témoigner à propos des atrocités qu'ils rencontrent. En décembre 1971 ils créent Médecins sans frontière (MSF) et auront sur le terrain le surnom de « French Doctors ». Ils n'ont qu'un objectif : porter secours aux victimes sans discrimination et sans prise en compte des frontières. Le devoir de secret de la Croix-Rouge est bouleversé par le devoir de témoignage de cette nouvelle organisation et une éthique humanitaire, fondée sur la Déclaration des droits de l'homme, voit le jour [7].
Avec l'accroissement des ravages dans la population civile lors des guerres, une morale de l'ingérence se forme. Le 8 décembre 1988, l'assemblée générale de l'ONU adopte une nouvelle résolution (43/131) qui « invite tous les Etats qui ont besoin d'une telle assistance à faciliter la mise en œuvre, par ces organisations de l'assistance humanitaire […], pour lesquels un accès aux victimes est indispensable ». [8] Ce libre accès aux victimes de tous les conflits et catastrophes est une condition essentielle au bon déroulement de l'assistance des victimes.

M. Maietta, directeur de recherche à l'IRIS, spécialiste des questions de géopolitique du développement et des problématiques de la solidarité internationale publie en 2015 dans la Revue Internationale et Stratégique un dossier intitulé Origine et évolution des ONG dans le système humanitaire international [9]. Selon lui, par ce libre accès aux victimes de tous les conflits et catastrophes, les ONG œuvrant dans des secteurs ou zones géographiques où les gouvernements ne pouvaient accéder, sont devenues « indirectement un vecteur du libéralisme", ce qui leur a valu de nombreuses critiques.
Suite au génocide au Rwanda en 1994 et aux défaillances du système humanitaire durant cet évènement, des initiatives sont prises afin d'améliorer les standards de l'action humanitaire des ONG, amenant ainsi les ONG à se professionnaliser « avec la création d'un véritable modèle économique néolibéral, qui maximise les impacts et minimise les risques, notamment les risques sécuritaires ».
On assiste par la suite à une véritable explosion des violences à l'encontre des travailleurs humanitaires, pris pour « cible politique banalisée », ce qui amène les ONG à restreindre

l'accès humanitaire dans une optique de maîtrise du risque lors de la vague des printemps arabes, aboutissant à nouveau à une crise du système humanitaire international associant réponse humanitaire défaillante et ONG impuissantes.

B. L'humanitaire dans les camps ; réfugiés[1], migrants[2] ou demandeurs d'asile[3]

25,4 millions… C'est le nombre de réfugiés dans le monde en 2018 selon le rapport du HCR (Haut Commissariat pour les Réfugiés), dont plus de la moitié a moins de 18 ans [10]. Concernant la France, il estime ce chiffre à 304 546 en 2016 [11].



L'objectif de l'aide humanitaire dans les camps est simple : prévenir l'excès de mortalité et de morbidité. Il y a plusieurs facteurs à prendre en compte lors de l'élaboration des programmes de santé en faveur des réfugiés [12] :

- La sélectivité de la solidarité internationale : même si les réfugiés sont tous égaux, en fonction d'intérêts politiques, économiques, ou autre, ils bénéficieront plus ou moins rapidement de la protection et du soutien de la communauté internationale

[1] « Les réfugiés se trouvent hors de leur pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale » »

[2] « La « migration » suppose un processus volontaire, par exemple quelqu'un qui traverse une frontière à la recherche de meilleures perspectives économiques »
http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/3/56f29941c/refugies-migrants-questions-frequentes.html

[3] « Un demandeur d'asile est une personne qui dit être un(e) réfugié(e) mais dont la demande est encore en cours d'examen http://www.unhcr.org/fr/demandeurs-dasile.html

- L'attitude des pays d'asile : même si généralement la solidarité des pays d'asile est une règle, beaucoup de déplacements de population s'effectuent dans des pays en voie de développement et peuvent être considérés par certains gouvernements comme une charge supplémentaire. On peut donc retrouver un retard à la mise en œuvre des programmes sanitaires.
- Le choix des lieux d'installation des camps, pour lesquels il faut accorder une attention particulière aux aspects de sécurité, de logistique, d'espace et d'accès à l'eau.

Une notion d'autant plus importante à prendre en compte est celle de « groupes vulnérables », constitués par les enfants de moins de cinq ans, les femmes et les personnes âgées. La sociologue Estelle Soudant-Delpechin nous rappelle que les femmes ont toujours participé aux phénomènes migratoires à l'échelle mondiale, que ce soit seule, en couple ou en famille [13].
Elle prend l'exemple des femmes migrantes dans le camp de Calais, « la jungle », avant son démantèlement en octobre 2016. Une vingtaine de nationalités y étaient dénombrées et des femmes vivaient, avec ou sans enfant, en attendant de pouvoir rejoindre l'Angleterre. En 2008, l'Insee, Institut National de la statistique et des études économiques, estime la population immigrée majoritairement féminine en France (51%) [14]. Certaines quittent le pays pour fuir un mariage forcé ou la violence, d'autres sont des pionnières qui devancent leur conjoint. Quel que soit le motif de départ, les routes de l'exil sont violentes et dangereuses. Comme le constate Smaïn Laacher, sociologue au Centre d'étude des mouvements sociaux [15], les violences physiques et sexuelles faites aux femmes sont très largement sous estimées. Ces violences se poursuivent dans les camps où les femmes sont continuellement sollicitées pour intégrer le système prostitutionnel et ne peuvent donc jamais baisser la garde. Les femmes seules sont soumises à deux autres problèmes majeurs dans les camps [16] : peu d'entre elles sont reconnues comme chef de famille, ce qui entraine une grande difficulté lors des distributions et les enfants en bas âge sont un handicap certain pour l'accès au centre nutritionnel, à la distribution des vivres ou encore pour chercher du travail.
Malheureusement, la violence ne s'arrête pas avec le démantèlement des camps : d'après le rapport d'exécution du projet CAMINOR de l'association Gynécologie Sans Frontières (GSF), « Les femmes sont davantage exposées aux agressions sexuelles lors des démantèlements, comme nous l'avons constaté par une recrudescence de violences faites aux femmes. Les témoignages de violences sexuelles ont été plus nombreux et les demandes d'IVG en urgence multipliées. » [17].

C. Zoom sur le cas de Calais

Dans le Calaisis et ses alentours, la présence des réfugiés et migrants n'est pas chose nouvelle. En effet, entre 1999 et 2002, un centre d'accueil voit le jour à Sangatte, destiné à maintenir en France les réfugiés voulant se rendre en Angleterre, des accords entre ces 2 pays les empêchant de passer la Manche. A sa fermeture fin 2002, ils se regroupent ainsi dans une

zone au nord-est de Calais surnommée la « Jungle ». Xavier Briké, anthropologue, dans son article Calais : une étape dans l'exil, résume la situation depuis la fermeture de ce centre : « Depuis lors, les campements et les squats se sont faits et défaits au gré des expulsions policières » [18].
Brice Arsène Mankou, sociologue, a mené une enquête en 2012 à Calais auprès des migrants afin de connaître leur âge, leur pays d'origine et les raisons pour lesquelles ils sont partis de leur pays [19]. Selon cette étude, la plupart des migrants à Calais sont d'origine Afghane, Kurde, Irakienne, Iranienne ou encore Soudanaise ou Somalienne et auraient quitté leurs pays pour échapper à la guerre, à la misère, aux persécutions politiques ou à l'enrôlement dans les milices.

Les associations qui défendent les populations immigrées sont nombreuses dans la région des Hauts de France et leurs situations géographiques évoluent en fonction des lieux d'installations des populations étrangères.
La ville de Calais, à l'origine zone de passage pour rejoindre l'Angleterre, est devenue une « zone de stockage » des migrants.
En effet, le refus de l'Angleterre d'entrer dans l'espace « Schengen », les accords du Touquet du 4 février 2003, les opérations de sécurisation du port et de la zone Eurotunnel ainsi que les effectifs augmentés d'agents mobilisés aux frontières chaque jour rendent le passage de la frontière toujours plus compliqué, donnant à Calais « le rôle de garde-barrière » comme le dit la sociologue Mathilde Pette [20].
Ainsi, le nombre d'exilés présents dans les environs de Calais augmente sans cesse et les « durées de séjour » se rallongent progressivement, ce qui ne fait qu'augmenter le travail des associations présentes, qui deviennent alors indispensables à la survie des populations. Avec la recrudescence des contrôles policiers, elles assistent à la dispersion progressive des migrants et ont dû peu à peu s'éloigner de Calais ; la présence importante des forces de l'ordre et la gestion des migrants présents sur le territoire contribue à la modification de la structure et de la localisation du milieu associatif.

En 2011, les associations intervenant auprès des populations étrangères ont décidé de créer la Plateforme de Service aux Migrants (PSM) pour faire un état des lieux de leurs actions et mettre en réseau les différentes associations réparties sur le territoire de la région Hauts de France mais aussi à Cherbourg et Paris [21].

Hormis Calais, la population migrante s'installe donc dans les villes alentours, notamment à Grande-Synthe, avec le camp du Basroch qui voit sa population passer de 250 à environ 2 500-3 000 personnes entre août et décembre 2015 : les migrants « sont des Kurdes venus de Syrie, d'Irak, d'Iran… » [22].
Depuis fin 2015, les ONG Médecins Sans Frontières (MSF) et Gynécologie Sans Frontières (GSF), œuvrent dans les différents camps, de la région, leur projet étant d'offrir des soins médicaux et de santé mentale aux populations.

GSF, dont la politique est axée sur la prise en charge des femmes et des enfants des camps de migrants, élabore son projet autour des femmes enceintes (organisation des transferts vers les maternités alentours pour les consultations, actes et accouchements), des femmes victimes de violences (prise en charge médicale, psychologique et sociale) et des soins en gynécologie [23]. MSF, en plus des soins médicaux et de santé mentale, apporte son soutien aux municipalités et associations de la région [24].

II. L'engagement humanitaire

A. Les ONG

Selon Christos Chouaïd, pneumologue et docteur en santé publique, « on peut considérer une organisation non gouvernementale comme une organisation créée et gérée par un groupe de citoyens, dans un but philanthropique déterminé et soutenu par des contributions volontaires de la part d'individus ». Le terme non gouvernemental renvoie au fait qu'elles ne déterminent pas leurs stratégies en fonction du gouvernement [25].
On différencie classiquement deux catégories de missions [26] :

- Les missions d'urgence s'organisent à la suite de conflits ou de catastrophes naturelles, leur durée est donc très variable. L'objectif est d'intervenir au plus vite pour venir en aide aux populations, protéger les personnes dites vulnérables et répondre aux besoins fondamentaux (nourriture, accès à l'eau et aux soins). Elles s'inscrivent sur du court ou moyen terme et peuvent être suivies d'actions de post-urgence et de réhabilitation pour aider à la reconstruction du pays.
- Au contraire, les missions de développement s'inscrivent dans le long terme. Elles impliquent les populations locales et visent à leur autonomie. C'est la notion d'échange qui prévaut dans ce type de mission : l'intervenant doit essayer de s'intégrer au maximum pour mener au mieux sa mission et prodiguer son savoir-faire avec le plus de pédagogie possible. Les thématiques sont diverses ; médical, économie, aspect social ou culturel.

Globalement, les missions d'urgence sont plutôt de l'ordre du curatif tandis que les missions de développement relèvent du préventif. Les sages-femmes ont donc tout à fait leur rôle dans ce type de missions, que ce soit pour renforcer les soins obstétricaux en situation d'urgence ou former le personnel local aux suivis de grossesses, à la prévention des hémorragies de la délivrance ou encore au renforcement des règles d'hygiène et d'asepsie.

B. Les volontaires

Cédric Laheyne, dans un article publié dans le Sociographe [27] dégage 3 composantes dans le mécanisme de l'engagement.

Il existe un « facteur de congruence » par lequel les bénévoles peuvent éprouver un sentiment d'utilité vis-à-vis de la société et s'impliquer auprès des populations. On retrouve souvent une sensibilité à la pauvreté chez les volontaires. Ce facteur est à mettre en parallèle avec la notion d'engagement intéressé évoquée par un sociologue français, Serge Paugam, dans le rapport de la MIRE de 1997 intitulé Produire les solidarités, La part des associations [28]. Il décrit le fait que pour certaines personnes, l'engagement ne relève pas de valeurs humanistes mais d'un don pour soi, une occasion de trouver une occupation utile. Ce besoin de reconnaissance peut s'inscrire dans un contexte de rupture biographique ou de remise en cause identitaire.
La deuxième composante est le « facteur de confiance » que les individus recherchent dans une organisation ; le sentiment que l'association est bien gérée et reconnue au niveau local pour son action est important.
Le troisième et dernier point qui pousse les volontaires à s'engager auprès d'une association humanitaire est le « facteur de conscience ». Serge Paugam parle d'un engagement éthique ; l'engagement relève d'un don de soi naturel, presque un devoir moral. Il intègre la notion d'héritage révélé par une éducation judéo-chrétienne ou les expériences de solidarités vécues depuis l'enfance. Les bénévoles investissent dans leur pratique humanitaire des ressources morales qui ne leur ont pas été inculquées mais dont ils se sont imprégnés en grandissant.

Ces notions se retrouvent dans les témoignages récoltés par Olivier Weber dans son livre Humanitaires [29] ou encore dans l'ouvrage de Philippe Ryfman, Les ONG [30]. On peut également noter l'envie de véhiculer la générosité, la « culture » de l'engagement mais aussi le militantisme, l'engagement dans le but de « faire bouger les choses ». Certains évoquent la dimension de l'aventure ou encore l'envie d'améliorer les pratiques. Philippe Ryfman mentionne également la dimension politique, les militants de gauche sont ainsi plus retrouvés dans l'action humanitaire. On retrouve ce constat avec Mathilde Pette qui décrit l'engagement dans l'espace de la cause des étrangers. L'analyse des réseaux sociaux met en évidence la coexistence de plusieurs viviers de recrutements, notamment le militantisme chrétien et le militantisme d'extrême gauche [20] [31].

Les militants se rassemblent autour de 4 modes d'action distincts : certains aident les étrangers dans leurs démarches juridiques et administratives, d'autres choisissent de se diriger vers les actions sociales ou encore l'alphabétisation et d'autres enfin décident de mener des actions contestataires. De ce fait, on observe une scission dans les prises de position politiques relatives à l'immigration ; le pôle de l'attestation et le pôle de la contestation. Les militants se distinguent par les revendications qu'ils défendent ; les uns se disent favorables à l'intégration des populations immigrées et ne contestent pas l'existence des frontières, les autres revendiquent la régularisation de tous les sans-papiers et le droit de vote pour les étrangers par exemple. Malgré ces divergences, lorsqu'on compare les caractéristiques sociodémographiques des personnes investies dans la cause des étrangers, on constate une certaine homogénéité sociale mais aussi une culture du multi engagement.

En effet, dans l'enquête réalisée par les sociologues Mathilde Pette et Fabien Eloire 75% des militants interrogés étaient membres d'au moins une autre association [31].

Tout ceci est tout de même à nuancer. Le sociologue Jacques Ion [32] déclare qu'il y a un changement de paradigme dans l'engagement depuis quelques décennies : la figure de l'engagement majoritairement masculin, de gauche, sur le mode du don de soi a laissé la place à des engagement de moins longue durée qui permettent de diversifier les projets et de ne pas abandonner toute vie familiale. L'individu contemporain se trouve de moins en moins défini par ses statuts et appartenances du fait de la mobilité tant professionnelle que géographique à laquelle il est soumis. Ainsi, il se voit contraint d'engager un processus de définition de sa propre identité.
De plus, au début des années 1990, Douglas McAdam, professeur de sociologie à l'université de Stanford, aux États-Unis, développe le « modèle d'engagement processuel » qui envisage l'écart entre déterminants sociaux traditionnels et engagement ou non des personnes prédisposées pour comprendre le recrutement différentiel [33]. En effet, comment expliquer que certaines personnes aux mêmes caractéristiques et se trouvant dans des situations similaires ne s'engagent pas forcément dans la même voie ? Le modèle de McAdam tient compte du rôle que joue les liens sociaux pour l'expliquer. Comme le dit Jeremy Ward « Douglas McAdam, comme Jacques Ion en France, propose donc une vision des mouvements sociaux comme lieux privilégiés de construction et de perpétuation de l'identité des individus ».

III. L'impact des missions

La publication scientifique est peu abondante sur le profil des sages-femmes humanitaires, sur le vécu de leurs missions. Néanmoins, au cours des dix dernières années, plusieurs étudiants sages-femmes ont réalisé des mémoires à propos de l'impact des missions humanitaires sur la pratique des sages-femmes. Parmi eux, Éloïse Lanterne [34] et Mélanie Moreau [35] en 2016, ayant respectivement étudié la pratique professionnelle des sages-femmes au retour d'une ou plusieurs missions humanitaires et le vécu des sages-femmes entre missions humanitaires dans les pays en voie de développement de la région africaine et les maternités françaises, ainsi qu'Anne-Laure Renais [36] en 2013 qui s'est intéressé à l'évolution des prises en charge au retour de France.
Pour ces mémoires, la population inclut des sages-femmes ayant réalisé une ou plusieurs missions, quel que soit le type de mission, sur des durées variables, allant de quelques jours à plusieurs années.
Les résultats sont surtout descriptifs, faute d'échantillons suffisants, mais intéressants.

A. Au niveau relationnel

D'après l'étude d'Éloïse Lanterne, les expériences humanitaires ont plutôt des effets bénéfiques pour les sages-femmes interrogées (« 77 sages-femmes sur 96 le ressentent ainsi »).
La majorité des sages-femmes disent avoir modifié leur relation avec les patientes : que ce soit dans le mémoire d'E. Lanterne ou dans celui d'A-L Renais une amélioration de la confiance en soi et de l'autonomie est retrouvée, avec notamment une meilleure gestion de l'urgence et des priorités, ainsi qu'une évolution de l'empathie envers les patientes, les sages-femmes se sentant plus tolérantes et à l'écoute de leurs patientes. Le développement de l'empathie et l'amélioration de la relation de confiance s'accompagnent d'une amélioration quant à la prise en charge de patientes étrangères d'après les études avec par exemple une gestion de la barrière linguistique ou une meilleure tolérance par rapport à la différence de culture.
Concernant le suivi du travail, elles se disent beaucoup plus à l'aise au niveau de l'accompagnement de la douleur des patientes sans anesthésie péridurale puisqu'elle est souvent inexistante pendant les missions.

Toutefois, les sages-femmes sont nombreuses à avoir éprouvé des difficultés d'adaptation : 68.8% dans l'étude d'E. Lanterne. Plusieurs sages-femmes déclarent avoir rencontré une difficulté à retravailler en équipe ou des difficultés de compréhension quant à certaines exigences des patientes. Dans l'étude de M. Moreau, c'est le temps de réadaptation plus ou moins long à la société et à la culture française qui est évoqué : certaines sages-femmes ont décrit une « nécessité importante de se reconstruire avant de pouvoir reprendre une activité professionnelle », d'autres ont choisi de changer d'orientation professionnelle. Cet aspect est également évoqué dans une enquête statistique réalisée en 2011 par l'Institut Ipsos auprès d'anciens volontaires de Solidarité Internationale [37] : en effet, 45% ont déclaré que leur mission avait modifié leur orientation professionnelle.

B. Sur les pratiques professionnelles

Dans les apports personnels identifiés, les anciens volontaires de Solidarité Internationale citent, à 87%, le renforcement de leurs capacités d'adaptation.
Concernant les aptitudes et compétences professionnelles, les sages-femmes sont nombreuses à avoir ressenti une amélioration, notamment concernant le sens clinique : les entretiens réalisés par Anne-Laure Renais [36] mentionne le développement du toucher et de la palpation pour les examens du bassin et les diagnostiques de présentations fœtales.
Elles ont aussi cité une augmentation de leur attention sur les paramètres cliniques des femmes avec par exemple une attention plus particulière aux hauteurs utérines ou encore une prise de recul devant les résultats de bilans. L'étude d'E. Lanterne compte 25% de sages-femmes ayant ressenti une modification par rapport à la prescription d'examens paracliniques, 88% les ayant diminués.

Une amélioration de l'efficacité et/ou de la dextérité est parfois mise en avant mais elle ne concerne pas la majorité des sages-femmes.

A propos du suivi de travail, plusieurs sages-femmes déclarent avoir modifié leur prise en charge, favorisant le monitorage discontinu et la mobilisation des patientes. En fonction de la mission réalisée, certaines se sentent beaucoup plus à l'aise avec les réanimations des nouveau-nés, d'autres au contraire ressentent une limite pour cette compétence.

On compte néanmoins quelques sages-femmes qui estiment que leurs aptitudes professionnelles sont parfois modifiées. L'exemple donné portait notamment sur la prise en charge des pathologies : « Beaucoup de sages-femmes nous ont relaté une certaine appréhension de ne plus être au niveau concernant la prise en charge des pathologies car le retour dans un environnement hyper technicisé peut être anxiogène ».

Présentation des résultats

Depuis toujours, lors de situations de crises ou de conflits, les femmes sont des victimes privilégiées et font face à des problématiques bien spécifiques à leur genre comme par exemple les violences sexuelles, devenues une arme de guerre à part entière. La sage-femme, dont le champ de compétences ne cesse de s'élargir en particulier dans le dépistage, la prise en charge et l'accompagnement de ces problématiques, a donc toute sa place dans l'aide humanitaire.

Le sociologue Serge Paugam évoque la dynamique de l'engagement humanitaire et distingue 2 facettes du don de soi ; l'engagement éthique et l'engagement intéressé [28]. Pour certains l'engagement relève d'un don de soi naturel, presque un devoir moral, pour d'autres, il représente plutôt un don pour soi, une occasion de trouver une occupation utile, une stratégie de compensation.
On peut également noter l'envie de véhiculer la générosité, le militantisme, l'engagement dans le but de « faire bouger les choses ». Certains évoquent la dimension de l'aventure ou encore l'envie d'améliorer les pratiques. Il mentionne également la dimension politique, les militants de gauche sont ainsi plus retrouvés dans l'action humanitaire.

De cet engagement humanitaire et les missions réalisées découlent un développement des compétences professionnelles différentes ainsi qu'une évolution de l'aspect relationnel de la profession, notamment par l'acquisition de connaissances culturelles transposables au sein de l'exercice professionnel et une modification du regard sur les pratiques.

La question est donc la suivante : retrouve-t-on ces diverses caractéristiques dans l'engagement humanitaire des sages-femmes, et plus particulièrement, lors de missions de courte durée ?

Depuis un certain temps, les sages-femmes ont été régulièrement sollicitées dans la région des Hauts de France pour intervenir avec d'autres professionnels dans les camps de migrants, notamment via la mission CAMINOR mise en place par l'association Gynécologie Sans Frontières, mission de prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et des enfants, axée sur les femmes enceintes, les femmes victimes de violences et les soins en gynécologie [23].
Il s'agissait d'organiser le suivi des grossesses, de mener des consultations de dépistage et de prévention en gynécologie, d'organiser les transferts des femmes des camps vers les services de gynécologie-obstétrique alentours pour les actes médicaux (consultations de gynéco-obstétrique, échographies obstétricales, accouchements, chirurgie gynécologique, orthogénie, curetage, etc.), de faire de la prévention ainsi que de dispenser des informations sur la contraception et de permettre à ces femmes d'y avoir accès.

L'objectif de cette étude est donc double : étudier et comprendre qui sont les sages-femmes concernées et pourquoi elles s'engagent sur des missions humanitaires de courte durée mais aussi analyser l'impact qu'elles pourraient avoir sur leurs pratiques professionnelles.

I. Méthodologie

A. Choix de la population

Afin de mener à bien cette recherche, nous avons réalisé une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs. Technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien (Cf. ANNEXE III), l'entretien semi-directif n'enferme pas le discours dans des questions prédéfinies et permet une certaine liberté de parole. Selon A. Blanchet [38] « cette situation met en scène des comportements explicites, verbaux, para-verbaux et non-verbaux et des mécanismes cognitifs de sélection d'informations ». D'une manière générale, il permet donc de recueillir des données pertinentes et authentiques sur les représentations et les attitudes, objectif de cette recherche, dans une perspective compréhensive.

Concernant le recrutement de la population, un mail de présentation de l'étude a été envoyé aux différentes sages-femmes ayant participé à la mission CAMINOR via Alexandra Duthe, sage-femme référente de la mission à Gynécologie Sans Frontières. La première demande d'entretien a été envoyé en juillet 2017. Quatre relances ont été effectuées.
Les sages-femmes rencontrées venant donc de régions diverses, les entretiens ont été pour la plupart réalisés par téléphone, un seul via WhatsApp, tous enregistrés après avoir obtenu l'accord des participants puis retranscrits intégralement et anonymisés, les prénoms des sages-femmes interrogées modifiés de façon aléatoire. Le nombre d'entretiens n'était pas fixé à l'avance, ce nombre dépendait de la saturation des données, c'est à dire quand nous n'avons plus obtenus de nouveaux éléments [39].
Au total, 11 entretiens ont ainsi été réalisés, de mai à juillet 2018.
Concernant les délais entre la réalisation de la mission et l'entretien, ils s'étalaient d'un an à quelques jours, certaines sages-femmes venant de rentrer de mission, d'autres étant toujours sur place.

B. Critères de sélection

Nous avons choisi de nous entretenir avec des sages-femmes ayant au moins participé à la mission CAMINOR, mission humanitaire d'une durée de 15 jours.
Au vu du profil des sages-femmes ayant répondu positivement à la demande d'entretien, 2 groupes distincts ont été élaborés : les sages-femmes n'ayant réalisé que la mission CAMINOR,

et celles ayant participé à plusieurs missions humanitaires différentes, permettant ainsi d'analyser et d'étudier les réponses apportées en fonction du profil humanitaire.

II. Résultats obtenus au cours de l'enquête

A. Profil des sages-femmes (Cf. ANNEXE IV & V)

Parmi les 11 sages-femmes interrogées, 6 n'avaient effectué que la mission CAMINOR jusqu'à présent, Caroline (68 ans), Capucine (25 ans), Lisa (25 ans), Adèle (27 ans), Delphine (65 ans) et Inès (56 ans), tandis que Valentine (32 ans), Blanche (56 ans), Maud (30 ans), Claire (26 ans) et Léa (70 ans) avaient également réalisé d'autres missions, notamment des missions de longue durée. Léa et Maud ont d'ailleurs fait la mission CAMINOR 2 fois.
8 d'entre elles, âgées de 24 à 56 ans sont toujours en activité, dans le secteur hospitalier pour la majorité, en secteur libéral pour Lisa, Blanche et Capucine.
Caroline, Léa et Delphine ont quant à elles, attendu d'être retraitées pour s'engager en humanitaire.
Concernant leur souhait d'exercice professionnel initial, elles voulaient toutes évoluer dans le milieu médical, 6 sur 11 voulaient devenir sage-femme dès le début de leurs études, Inès voulait d'abord s'orienter vers la chirurgie, Blanche et Maud ont fait médecine *« dans l'idée de devenir pédiatre et d'aller soigner les enfants au bout du monde »* pour finir par se tourner vers les études de maïeutique tandis que Caroline et Léa ont commencé par passer le diplôme d'infirmier avant d'intégrer l'école de sage-femme.
La grande majorité a travaillé en structure hospitalière :
Maud, 30 ans, a travaillé 5 ans en hôpital, essentiellement en salle de naissance et suites de couche avant de réaliser la mission CAMINOR. Adèle, 27 ans, été diplômée depuis 4 ans et a travaillé dans les différents services de maternité, tout comme Claire, 26 ans, diplômée depuis 3 ans.
Valentine, 32 ans, travaille également en milieu hospitalier, beaucoup en salle de naissance jusqu'en novembre 2017, depuis, elle fait beaucoup de consultations auprès des femmes enceintes et de l'éducation sexuelle dans les lycées.
Inès et Blanche, 56 ans, ont travaillé en grande partie en milieu hospitalier : Isabelle est « dans le même hôpital depuis 30 ans », surtout en salle de naissance et depuis 5 ans, elle s'occupe du secteur des grossesses pathologiques et de suites de couche, Blanche a été « une bonne vingtaine d'années à l'hôpital en salle d'accouchement », a travaillé dans un foyer mère-enfant, à la PMI avant de s'installer en libéral : « je me suis lancée dans la gynéco ».
Léa, 70 ans, retraitée, a toujours privilégié la salle de naissance en milieu hospitalier, contrairement à Delphine et Caroline, respectivement 65 et 68 ans, retraitées également : Delphine a travaillé dans différentes maternités, surtout en salle de naissance, s'est installé en libéral pendant 10 ans avant de revenir en temps plein en clinique, Caroline a travaillé dans

tous les secteurs en hospitalier (consultations, suites de couche et salle de naissance) mais aussi en libéral pendant 5 ans avant de devenir sage-femme en PMI.
Lisa (25 ans), diplômée en 2017, n'a pas travaillé avant de réaliser la mission CAMINOR (voyage en Afrique du Sud après le diplôme mais « rien à avoir avec sage-femme »). Depuis son retour de mission, elle fait des remplacements en libéral et quelques gardes en clinique « je suis pas trop en salle d'accouchement parce que ça me plait pas trop »
Capucine, 25 ans, a un profil plutôt atypique. Diplômée en 2016, elle est *« sage-femme les vacances et l'été »* et a commencé récemment une formation pour être accordeur de piano. Elle fait essentiellement des remplacements libéraux, pour des raisons financières.

En plus de leur mission humanitaire, elles ont pour la plupart participé à une ou plusieurs formations ayant trait à l'humanitaire, parfois avant même de réaliser leur première mission pour Caroline et Inès, la formation ayant convaincue cette dernière de son souhait d'engagement en humanitaire : *« ça a été, pas une révélation, mais enfin j'ai compris que j'avais vraiment envie de m'engager dans cette direction »*.
Maud a assisté à la formation de gynécologie et d'obstétrique en humanitaire de GSF après avoir fait la mission CAMINOR pour la première fois. D'après elle, le fait de l'avoir faite après la mission était plus utile *« parce que je savais de quoi on parlait, j'avais des exemples en tête, j'avais voilà c'était un peu plus concret disons »*.
A l'inverse, Blanche, Capucine et Claire n'en avaient pas encore réalisées mais cela faisait partie de leurs projets, Claire explique même que *« c'est quand on est sur place, pas forcément formée, qu'on se rend compte qu'on est parti un peu vite, qu'on se rend compte des lacunes qu'on peut avoir »*
Certaines ont également eu l'occasion d'être formatrice : lors d'une intervention organisée par une ONG locale dispensant des conseils aux professionnels avant leur départ pour Valentine tandis que Léa a fait une intervention sur sa mission au Népal (mission de développement dans un centre PMI avec GSF).

B. Attentes

Pour les sages-femmes participant à l'étude, les attentes concernant les missions humanitaires en général étaient bien différentes : pour Inès (56 ans), présidente d'une association œuvrant au Togo, il s'agissait de *« faire une mission humanitaire en tant que sage-femme »*, **utiliser les compétences de sage-femme d'une autre manière**.
D'autres, comme Léa (70 ans), cherchent plutôt **l'interculturalité**, à *« rencontrer une autre humanité, une autre culture, une autre, comment dire, une autre approche aussi des femmes »* mais n'avait pas d'attente précise sur le plan médical et technique *« Au niveau de la… comment dire, de l'intérêt médical en lui-même je savais pas trop ce que j'attendais »*
Pour d'autres encore, notamment Valentine (32 ans) et Caroline (68 ans), leurs attentes étaient beaucoup plus tournées vers la **formation**, la transmission d'informations auprès des professionnels de santé ou des femmes, le partage de connaissance et d'expérience : *« moi*

mes objectifs ils sont beaucoup sur la formation en fait, sur le soutien des sages-femmes locales » (Valentine), *« moi ce que j'avais très envie de faire en arrivant c'était de l'information, contraception, viol et tout quoi »* (Caroline)

Pour terminer, certaines n'ont **pas vraiment d'attente** ou uniquement la simple envie de découvrir l'humanitaire, une première expérience, comme Adèle (27 ans) *« je m'attendais pas à grand-chose »*, Lisa (25 ans) *« en fait je m'attendais à rien du tout, je ne savais rien »* ou encore Maud (30 ans) et Capucine (25 ans).
Il est à noter que ces 4 sages-femmes sont parmi les plus jeunes interrogées.

C. Choix d'une mission de courte durée

Concernant le choix d'une mission courte, les réponses des sages-femmes ont à nouveau été diverses et variées.
Pour Lisa, Maud et Adèle, il s'agissait d'un premier contact avec le monde humanitaire, d'une **première expérience**, d'un premier essai, d'où le désir de ne pas partir trop longtemps *« je n'avais aucune idée de si ça allait me plaire ou pas, parce que s'engager sur du long terme, 3 à 6 mois, si c'est pas mon truc c'est un peu compliqué »* (Marie), *« ça pourrait être pas mal pour une première »* (Adèle)
De plus, Adèle précise que son choix s'est porté sur une mission de courte durée par rapport au marché du travail, qui d'après elle, ne permet pas de partir plusieurs mois : « *quand tu commences à trouver un boulot, avoir un contrat qui se prolonge euh et que t'as envie de rester à un endroit bah c'est un peu compliqué de dire je pars 3 mois, 6 mois euh un peu plus loin »*

L'argument que l'on retrouve le plus est la **faisabilité de ce genre de mission en parallèle d'une activité professionnelle**, que ce soit pour des sages-femmes travaillant dans le secteur hospitalier comme Capucine ou Valentine qui partent sur leur temps libre, ou celles en libéral comme Blanche *« pour moi ce qui m'importe c'est les missions de 15 jours c'est hyper important pour moi c'est justement cette durée courte qui bouleverse pas toute ma vie professionnelle »*

Concernant Caroline, il existe une contradiction dans son discours : le fait que la mission dure 2 semaines l'a intéressé parce qu'elle ne souhaitait pas *« partir loin parce que je suis quand même pas tout jeune, j'avais pas envie de partir longtemps non plus »*, cependant après l'avoir faite, elle estime qu'elle est trop courte et ne permet pas l'adaptation et la mise en place du lien inter-associatif *« les associations ont pas le temps de savoir qui vous êtes, vous avez pas le temps de vous mettre dans le bain ».*

Léa trouve une composante négative à ce format de missions, exprimant l'idée qu'une mission courte n'est pas optimale dans la mesure où elle n'apporte pas un temps d'adaptation suffisant à la fois pour une bonne exécution de la mission mais aussi pour l'aspect relationnel

avec les membres de l'équipe *« je veux dire il faut un temps d'adaptation aussi, si j'étais restée 2 semaines j'aurai pas eu de chance quoi »*

D. Milieu porteur

Afin de mieux cerner le profil des sages-femmes s'engageant en humanitaire, nous nous sommes également intéressées à leur cercle familial et amical.
Au total, 6 des sages-femmes ont eu un entourage qui les a orientées vers ce centre d'intérêt. Pour 4 d'entre elles, il s'agissait du **cercle familial** : une tante ayant fait plusieurs missions humanitaires pour Adèle *« en tous cas elle en a véhiculé une image positive »*, la mère de Capucine est assistante sociale et sa sœur psychologue dans des lieux d'accueil parents-enfants *« j'ai eu beaucoup de personnes ressources autour de moi »*
Valentine et Claire y ont été sensibilisées durant leur jeunesse, via leur mère *« ma mère avait créé un dispensaire donc j'étais souvent avec les enfants des rues, les personnes en difficulté, […] enfin voilà j'ai toujours eu une certaine sensibilité par rapport à ça »* (Claire)

Pour Inès et Léa, il s'avère que c'est le **cercle amical** qui a pu les sensibiliser *« j'ai une très bonne amie sage-femme qui elle en a fait depuis très longtemps, qui m'a raconté ses missions et donc je l'écoutais avec beaucoup d'intérêt »* (Léa)

Seules 4 parmi les 11 avaient déjà précédemment une véritable expérience bénévole, caritative, avant de s'engager en humanitaire : Capucine, qui a participé aux Restos Bébés du Cœur durant ses études de sage-femme, Lisa, qui a travaillé de manière bénévole en Afrique du Sud dans des écoles après son diplôme, Adèle participait *« au Sidaction, au Téléthon, aux trucs comme ça »* durant ses études et Claire a fait des distributions de repas à Paris et était responsable solidarité à la fac.

E. Activités exercées durant la mission humanitaire

1. Mission CAMINOR

Les sages-femmes nous ont expliqué leur quotidien lors de la mission CAMINOR.
Il s'agissait de dispenser les soins primaires aux femmes et enfants rencontrés sur les différents camps, de les emmener à l'hôpital si nécessaire, ou encore d'y emmener les femmes enceintes aux différentes consultations. Toutefois, quelle que soit la période où les sages-femmes ont réalisé la mission, il y avait, selon elles, peu de femmes et d'enfants.
Elles se sont donc chargées de réaliser les soins primaires auprès des hommes. *« ce qu'on faisait aussi dans les camps à part l'accompagnement des femmes c'est euh bah apporter des soins primaires parce qu'il n'y a personne d'autre quoi »* (Claire)
L'association GSF possède un appartement, appelé « le refuge », où les bénévoles peuvent accueillir les femmes et les enfants quelques heures voire quelques nuits afin qu'ils puissent se divertir, se reposer, se nourrir, se laver ou encore changer de vêtements.

« on faisait des maraudes [4] à Grande Synthe et Calais tous les jours, enfin on alternait 1 jour sur 2 et puis on accueillait des femmes au refuge » (Capucine)

Inès et Claire nous ont notamment parlé des migrants qu'elles ont pu rencontrer, elles expliquent qu'ils se réunissent plutôt par culture, par pays d'origine sur les différents camps de la région *« du coup sur Grande-Synthe il y avait pas mal de kurdes […] après sur Calais c'était plus des Ethiopiens, des Erythréens »*

On ressent chez Lisa, Caroline et Delphine une certaine déception de ne pas avoir pu d'avantage s'occuper des femmes : *« On faisait énormément de bobologies pour les hommes parce que nous quand on y était en mars y'avait pas de femme, enfin ou très peu, y'en avait 5 »* (Lisa), *« Après Gynécologie Sans Frontières a décidé qu'on s'occupait des femmes mais honnêtement en fait j'ai vu en gros 5 femmes enceintes pendant les 15 jours »* (Caroline)
« on a essayé de trouver des femmes et des enfants mais c'est très difficile en fait, ce qu'on a fait pendant 15 jours c'est du taxi » (Delphine)
Blanche, Adèle et Isabelle n'en étaient pas gênées : *« effectivement la gynéco et l'obstétrique y'en a pas… mais c'est de la prise en charge plus large quoi ! […] ça m'a pas posé soucis »* (Adèle, 27 ans), *« Donc ça ça m'a pas du tout dérangé parce que ça fait 30 ans que je suis sage-femme mais voilà, beaucoup de bobologie, on a fait beaucoup de covoiturage, euh de convoyage excuse-moi pour emmener les femmes à l'hôpital, les mineurs »* (Blanche, 56 ans) , *« je n'ai pas été déçue, pas du tout »* (Isabelle, 56 ans).

2. Autres missions

5 sages-femmes ont effectué d'autres missions que CAMINOR.
Léa nous apporte une autre vision sur la mission CAMINOR. L'ayant faite 2 fois, elle a apprécié la 1ère fois, au commencement de la mission, lorsqu'il s'agissait de repérer les différentes populations dans les camps, les femmes et enfants, d'organiser et de mettre en place les actions, mission qu'elle a jugé intéressante. Cependant, la 2e fois, en novembre 2017, les différents camps ayant été démantelés, la population étant disséminée, elle a estimé qu'elle n'avait « aucun intérêt », elle décrit *« on faisait des kilomètres et des kilomètres en bagnole, dans le camion, pour arriver et trouver personne ou alors que des hommes qui avaient des bobos, mal aux pieds ou une verrue sur le nez enfin c'était (soupir) vraiment d'un inintérêt »*

Concernant son parcours humanitaire, sa toute première mission était une mission d'urgence de 3 semaines en Jordanie, avec GSF *« on faisait des accouchements jours et nuits ».* Elle est ensuite partie 6 semaines au Tibet pour faire des consultations dans les campements nomades, puis au Népal, à nouveau avec GSF, dans un *« petit centre de PMI dans une région très retirée, proche de la frontière de l'Inde »* afin de faire des consultations mais aussi de se

[4] Maraude : terme utilisé durant la mission, les bénévoles vont à la rencontre des migrants dans les camps ou à leur périphérie, avec un dispensaire mobile de soins en gynéco-obstétrique

déplacer dans des villages à la demande de la responsable du village qui *« organisait des réunions justement aussi pour apprendre l'importance des consultations, du suivi de la grossesse, du dépistage »*
Au Sénégal où elle est partie 2 ou 3 fois, la mission consistait à se déplacer de villages en villages par voie fluviale, dans les centres de santé pour mener des séances *« à la fois de pédagogie pour les matrones, de consultations et puis d'intervention dans les écoles sur l'hygiène, la sexualité dans des groupes de femme, sur la contraception »*
Viennent ensuite la mission CAMINOR, une mission de 6 mois à Haïti avec MSF où elle avait le rôle de *« sage-femme activity manager »* dans un grand centre d'urgences obstétricales, la mission CAMINOR de nouveau avant 4 mois en Tanzanie dans un camp de réfugiés du Burundi. Pour terminer, elle est partie en Grèce 6 mois dans un camp de réfugiés à Mouria où elle faisait des consultations auprès des femmes enceintes et les enfants jusqu'à 17 ans dans des camions installés devant le camp, ainsi que des consultations d'accompagnement auprès de femmes et d'hommes victimes de violences physiques et sexuelles.

Valentine, avant CAMINOR, avait déjà réalisé 2 missions humanitaires, plus longues : en Éthiopie en 2008, où elle a travaillé dans un petit hôpital en milieu rural, à gérer les urgences obstétricales, et en Centre Afrique en mission d'urgence avec MSF en 2014, à l'hôpital de Bangui « *Du coup on avait dans la capitale, en centre-ville on avait cet hôpital et à un peu plus d'une heure et demi on avait un champ de réfugiés où on avait mis en place un dispensaire »*
Claire est partie au Bénin durant 6 mois dans un hôpital de l'Ordre de Malte avant de passer 2 semaines sur les camps de migrants.
Maud, qui a réalisé 2 fois la mission CAMINOR, était au Togo lors de notre entretien téléphonique, avec l'Ordre de Malte, *« dans un hôpital de brousse »*.
Blanche quant à elle est partie au Sénégal en 2013 avec l'association Passeport pour une Naissance et décrit sa mission comme telle *« j'étais dans la brousse toute seule, à essayer de mettre en place un poste de soin et montrer aux matrones »*

F. Ressentis vis-à-vis des missions

Au cours des missions humanitaires, les sentiments, impressions et ressentis peuvent être multiples, selon les personnes et les situations rencontrées.
Les sages-femmes que nous avons eues l'occasion de rencontrer ont tenté de nous en faire part.

1. Aspects négatifs

Beaucoup évoquent la difficulté de telle mission, à la fois dans la réalisation de la tâche demandée, pas toujours en adéquation avec leurs attentes, mais aussi dans la relation avec les populations rencontrées, notamment pour la mission CAMINOR : *« j'ai été très prise par leurs*

histoires donc émotionnellement c'était très difficile » (Capucine), *« on y allait tous les jours mais euh c'était quoi pour euh […] pas le travail de sage-femme »* (Delphine)
Caroline, Claire et Inès expliquent qu'il était difficile de comprendre le fonctionnement de la mission : les actions à effectuer, la coordination avec les autres associations présentes sur les camps *« je comprenais rien, enfin j'ai mis 2 jours »* (Caroline), *« beaucoup d'associations qui travaillent sur place, où on ne sait pas forcément ce qu'elles font, à quoi elles correspondent, quelles demandes elles couvrent… et nous qui nous insérons dedans, ça aussi j'ai trouvé un peu compliqué »* (Inès), *« on connaissait pas toutes les règles de tous les acteurs associatifs et euh, du coup c'était un petit peu difficile »* (Claire)

Pour certaines, il existait un ressenti assez difficile à exprimer, une impression négative, un sentiment d'inutilité, exprimé de différentes façons, notamment du fait de cette prise en charge très large sur le plan social, mais aussi des soins primaires dispensés auprès des hommes : *« moi c'était ma première mission, j'étais un peu, même complètement dépassée »* (Delphine), *« on servait à rien »* (Lisa), *« en tant que sage-femme on est un petit peu démunie pour toute cette pathologie »* (Inès), *« je pense qu'il y a des jours où on a un très grand découragement »* (Blanche).

Deux d'entre elles, Valentine et Lisa, parle même d'impuissance face à la situation *« je me suis pas sentie inutile mais j'avais vraiment ce sentiment d'impuissance »* (Valentine) *« ouais je me suis sentie vraiment impuissante »* (Lisa)
Elles font référence au contexte politique actuel pour expliquer cette impuissance : *« en fait ce qui m'a rendu dingue c'est que, on se mord la queue quoi » « y'a rien qui se passe au niveau du gouvernement »* (Lisa)
« J'ai vu que tout était mal géré au niveau de coordination de, pas de GSF, mais je dis en général de la situation des immigrés en France… » (Valentine)

Pour toutes les sages-femmes ayant réalisé la mission CAMINOR, il était éprouvant de voir dans quelles conditions vivaient ces migrants, certaines, comme Lisa, Clémence et Inès, utilisent d'ailleurs des mots forts : *« j'en ai beaucoup souffert, surtout Grande-Synthe, ces familles entassées là dans le gymnase ou … ça a été très difficile »* (Lisa), *« voir les familles habiter sous des tentes, ou même sans tente, avec des enfants dans la brousse, enfin ce que j'appelle la brousse, aucune commodité, sans eau, sans rien, sans accès à l'hygiène… c'est surtout ça moi j'ai vraiment eu un choc »,* (Inès) *« je me suis prise d'empathie voire presque de compassion et j'ai eu du mal à trouver un euh, comment dire, un équilibre ou un point de positionnement pour moi émotionnellement pour pas être trop prise dedans »* (Capucine)
Cinq d'entre elles précisent que la mission CAMINOR a été d'autant plus difficile qu'elle se déroule en France, du fait que ce soit leur pays *« est-ce que c'est parce que c'est notre pays, qu'on est de nationalité française, qu'on est ici euh, ça m'a encore plus atteint »* (Lisa), *« le fait que tu sois dans un pays où t'aurais les moyens de faire plein de trucs et tu te rends compte qu'il y a pas tellement de choses qui sont mises en place* » (Adèle), *« c'est dans notre pays et donc*

du coup c'est ce qui a rendu la mission assez compliquée » (Maud), *« cette situation-là, ce peuple qui vit en France en fait le fait que ce soit chez moi je, ça m'a vraiment troublée »* (Capucine)
Valentine évoque même un sentiment de discrimination « *on retournait à la maison au chaud et les gens ils restaient dans la rue… y'avait… un sentiment de discrimination assez fort »,* Capucine un sentiment de culpabilité *« c'est presque de la culpabilité tu vois de mon état, je suis quand même pas fière de ce que l'état français leur réserve ».*
Quant à Lisa, elle parle de son sentiment d'injustice « une injustice pareille alors qu'on est en France et que, et qu'on paye des impôts et qu'il y en a plein qui profitent du système et que d'autres sont en train de galérer comme ça à vivre dans la misère ».

Cependant, on retrouve ces notions auprès des sages-femmes ayant fait d'autres missions humanitaires. Léa résume ainsi sa mission en Grèce : *« c'était une mission difficile et éprouvante mais bon passionnante en tant que mission ».* Ayant dû adopter le rôle d'activity manager à Haïti, elle nous dit : *« Moi j'avais jamais fait ça de ma vie c'était ma première mission j'étais un peu déstabilisée »*. Pour Valentine, les autres missions étaient difficiles aussi : « *c'était un peu dur, c'était vraiment, ils venaient de déclencher tout ça [la guerre] et tout le désordre… les hôpitaux, la plupart des hôpitaux marchaient pas très bien ou pas du tout »*

2. Aspects positifs

Malgré les difficultés rencontrées, elles ont toutes évoqué la richesse apportée par les échanges avec ces populations rencontrées, *« c'était une expérience très intéressante, enrichissante »* (Maud), *« mission difficile mais pas du tout décevante, au contraire, enrichissante »* (Inès), *« vraiment très très riche »* (Claire), mais aussi avec les équipes sur place : *« je pense que toute mission elle t'apporte, d'abord parce que tu rencontres d'autres gens, des sages-femmes qui sont comme toi »* (Blanche).
Pour certaines, comme Capucine, cette relation établie était même une réelle surprise : *« j'ai été surprise de la population et l'accueil qu'ils nous réservaient […] c'était vraiment des gens très chouettes »*
Capucine et Isabelle nous font également part de leur étonnement quant au niveau d'études des migrants qu'elles ont rencontrés : *« j'ai été surprise du fait que ce soit des personnes aussi lettrées, cultivées, avec des jobs, des infirmiers, professeurs, avocats etc. »*

Valentine, avec son expérience, met aussi en évidence l'importance de l'organisation et de l'encadrement de la part de l'ONG et l'influence que cela peut avoir sur les réactions des bénévoles « par contre MSF c'était une très grande organisation du coup ils était bien cadrés, au niveau sécurité, au niveau logistique […] je pense que si j'avais eu ça en première mission ça aurait été très cool quoi »

G. La vie en équipe durant les missions

Les sages-femmes ont aussi abordé la vie en équipe durant les missions.
Pour beaucoup, cette vie en équipe apporte beaucoup dans la gestion des évènements vécus sur place. C'est le cas de Maud (30 ans) *« on est quand même bien contente d'avoir un soutien, d'avoir quelqu'un avec qui on peut vider son sac et là-dessus ça avait été vraiment bien »,* le cas également de Laurence *« parce que tu es dans une situation spéciale avec des gens qui partagent la même chose que toi dans une même situation, dans un même instant… et donc là tu peux en parler »* ou encore de Capucine (25 ans) *« c'est surtout avec elles que j'ai beaucoup discuté, qu'on a beaucoup relativisé et j'ai essayé de voir comment elles elles avaient ressenti leurs premiers jours »*

Cependant, cette vie en équipe semble avoir été complexe pour 2 d'entre elles, Lisa (27 ans) et Caroline (68 ans). Lors de leur passage à Bourbourg, lieu de résidence des bénévoles durant la mission CAMINOR, elles ont trouvé que la cohésion d'équipe était absente *« du coup y'avait un peu des clans, déjà ça a été très difficile la gestion de... des gens qui faisaient la mission »* (Lisa).

H. La pratique professionnelle au retour de mission

En ce qui concerne la pratique professionnelle, nous rappelons ici que 3 des sages-femmes interrogées ont choisi de commencer à pratiquer en humanitaire après la retraite.

Valentine évoque **un développement du sens clinique** et Adèle **l'amélioration des capacités d'adaptation** aux différentes situations « Je pense que c'est un truc que t'es déjà obligé de développer quand t'es sage-femme et qui est encore plus exacerbé dans ce genre de situation, c'est vraiment la débrouille en fait » (Adèle). Cependant, Valentine précise que ce sont les missions ses 2 missions longues, en Éthiopie et en Centre-Afrique, qui ont développé son sens clinique « *bah les 2 missions elles m'ont aidé à me débrouiller avec les petites choses que j'avais, du coup ils ont stimulé beaucoup plus le sens clinique et le… comment tu dis, la clinique, la technique de la médecine quoi »* (Valentine). Elle nous dit également que les missions effectuées l'ont aidé vis-à-vis du travail d'équipe et lui ont prouvé son importance *ça m'a aidé à faire vraiment le travail d'équipe. En mission c'est comme à l'hôpital t'as besoin de tout le monde ».*
L'impact de la mission CAMINOR sur les pratiques professionnelles techniques est donc limité et très peu évoqué par les sages-femmes.

Les propos récoltés portent davantage sur **l'aspect relationnel**, que ce soit avec les patientes ou avec les équipes.
6 sages-femmes pensent être plus **compréhensives** envers les patientes en situation de précarité, avoir plus d'**empathie** envers elles et essayent de s'adapter à la culture et la religion

de chacune « *mais j'essaie toujours de savoir quel est le …, comment est vécu une maternité, une grossesse dans le pays d'origine, pour mieux comprendre et mieux accompagner les femmes enceintes ou les jeunes accouchées »* (Inès), *« je suis peut-être plus attentive, encore plus, à la misère des gens »* (Blanche).
Leur prise en charge en est ainsi modifiée, pouvant être considérée comme **plus globale**, l'attention d'autant plus portée sur le versant administratif et social de notre profession
« Elles m'ont aidé à encore plus être à l'écoute et à partager les expériences avec les patientes que j'ai quoi, et les soutenir s'ils ont des problèmes, aussi au niveau logistique, papiers, tu vois » (Valentine). Maud va plus loin *« c'est vrai qu'à Calais je pense que j'ai appris à avoir une vision, ou une définition en tous cas plus juste du prendre soin »*

Pour Capucine et Claire, **aucun changement** n'a été ressenti à ce niveau *« je pense pas en soi que juste les petites 2 semaines de Calais ça ait vraiment changé, changé fondamentalement ma pratique »* (Claire).
Capucine nuance cette absence de changement, l'expliquant par son activité libérale au côté d'une population bien différente de celles rencontrées durant la mission *« pas réellement parce que la population elle diffère trop, moi je suis en libéral dans un […] une banlieue assez chic et c'est complètement différent »*.
A l'inverse, certaines sages-femmes pensent qu'il est possible de faire un parallèle et d'utiliser ce qu'elles ont appris sur place. Valentine, Inès et Lisa évoquent le lien qu'elles ont pu faire entre leurs patientes et les populations rencontrées lors de l'exercice humanitaire: *«* là je vois bien qu'il y en a plein, j'en ai plein à la clinique qui viennent, même les gens du voyage ils ont aussi plein de problèmes et y'a des liens quand même avec ce que j'ai pu vivre *»* (Lisa), *« bah les migrants y'en a partout en France, y'en a pas que dans les camps […] donc ils viennent uniquement à l'hôpital pour accoucher »* (Inès). Notons ici que Valentine et Inès travaillent essentiellement en secteur hospitalier, tandis que Lisa exerce aussi en secteur libéral. L'influence de l'exercice professionnel semble donc modérée sur ce lien.
Blanche et Inès ont également insisté sur le **partage de leur expérience** avec leurs collègues, dans le milieu professionnel d'origine, l'importance pour elles de transmettre aux équipes ce qu'elles ont pu apprendre : *« tu rapportes ton expérience aux équipes, aux patientes et aux équipes et ça s'est, pour moi ça c'est très positif »* (Blanche), *« ma pratique a changé et je pense que même au sein de mon service, je peux faire évoluer un peu les choses, faire profiter un peu mes collègues »* (Inès)

Claire et Blanche relatent tout de même une certaine **difficulté à accepter les exigences** de certaines patientes ou les plaintes des collègues : « *mais bon je pense qu'il faut le décrire aussi… j'ai trouvé que… elles avaient aucune, mais aucune raison de se plaindre tu vois ce que je veux dire ? »* (Blanche)

I. Retour à la vie quotidienne

Pour les sages-femmes parties en mission humanitaire, le retour à la vie quotidienne semble ardu, que ce soit au retour de la mission CAMINOR ou d'autres missions.
Cinq d'entre elles mettent en exergue la **difficulté à en parler** avec leur entourage, à raconter ce qu'elles ont vécu *« quand je reviens c'est, enfin je peux pas raconter, j'ai l'impression que ça a pas de sens tu vois, que ça décharne un peu les choses »* (Léa), *« je pouvais pas en parler au début »* (Caroline), parfois leur **incompréhension** *« le problème du retour c'est que les gens comprennent pas […] très difficile d'en parler vraiment, enfin d'en parler de façon juste »* (Maud) Valentine précise qu'elle a pu en parler mais uniquement avec ceux qui se sont montrés intéressés « *y'a des gens que ça intéresse pas beaucoup du coup la gestion ouais c'était assez dur ».*

Quatre sages-femmes évoquent la difficulté de mettre de côté ou de ne plus penser à la mission et la population rencontrée. Les termes utilisés sont parfois très forts : Valentine a été « *choquée pour ceux que j'avais laissés, pour les migrants que j'avais laissé vivre dans ces conditions en France* », Capucine conclut en pensant « *mais bon le sentiment de honte est toujours présent à la fin* », et Lisa parle de culpabilité « *tu culpabilises* ».
Adèle exprime cette incompréhension de l'entourage « *ils te demandent d'être comme d'habitude alors que toi t'es peut-être encore en train de digérer certains trucs* ».

Certaines essayent de continuer à agir à leur retour en sensibilisant la population générale, en racontant leur expérience à leurs patientes comme Blanche qui avait mis une affiche sur son cabinet avant de partir *« et ça, ça m'a permis d'expliquer à certaines, en tous cas qui étaient demandeuses et qui me posaient des questions »* ou encore Lisa *« j'ai pas fait vraiment quelque chose de militant mais je pense que déjà en parlant et en se rendant compte que si on était dans la même situation on ferait la même chose ».*
Léa, quant à elle, a fait l'objet d'un article dans Profession Sage-Femme à propos de sa mission réalisée au Népal et a été publié dans Vocation Sage-Femme un récit de son expérience sur le camp en Jordanie, mission réalisée avant la mission CAMINOR.
Il y a néanmoins des avantages à partir en mission humanitaire, notamment celui d'apprendre à relativiser certaines situations, personnelles ou professionnelles, comme pour Lisa *« Ouais, je me plaignais beaucoup avant et maintenant j'ai le mot « Calais » qui m'arrive en pleine face, t'as plus le droit de te plaindre. »*, Capucine *« dans mes pensées et mes réflexions ça a apporté quelque chose c'est sûr ça permet de relativiser »* ou encore Delphine *« Que là non ben je relativisais en disant ben non donc voilà je pense que c'était, pour moi le résultat ça a été bénéfique ».*

A propos des autres missions, Valentine est la seule à nous avoir exprimé son vécu, toujours compliqué, que ce soit en Éthiopie « *c'était 3 mois, ils avaient beaucoup de pauvreté, beaucoup de maladies, beaucoup de choc pour moi au niveau obstétrical c'était vraiment*

assez dur » et en Centre Afrique « *c'était difficile quoi, parce qu'on avait vécu aussi un peu de combats, on était à la maison en chambre de sécurité du coup le retour c'était assez choquant de tout remettre en place ».*
Elle fait même un parallèle avec la mission CAMINOR : *« vraiment c'était moi qui était choquée, pour ce que moi j'avais vécu… […] Mais après CAMINOR j'étais choquée (insiste sur le mot « choquée ») pour ceux que j'avais laissé ».*

J. Pérennité de l'engagement humanitaire

Toutes les sages-femmes que nous avons interrogé souhaitent rester dans le milieu de l'humanitaire, offrir leur aide, selon différentes formes.

Concernant la mission CAMINOR, notons que 3 d'entre elles nous ont dit être prêtes à repartir sur cette mission : Claire (26 ans), Isabelle (56 ans) et Béatrice (56 ans).
Au contraire, Caroline (68 ans), Delphine (65 ans) et Lisa (25 ans), pour qui c'était la première mission, veulent continuer leur engagement humanitaire mais pas auprès de l'association GSF, estimant que la mission était trop désorganisée ou qu'elle n'avait pas trouvé ce qu'elles attendaient : *« Oui oui j'aurai envie de faire mais avec des trucs hyper cadrants quoi, genre Médecins du Monde ou un truc comme ça »* (Caroline).
Delphine envisage de repartir prochainement avec une autre association qui lui propose une mission dans un hôpital en salle d'accouchement, ce qui lui correspond plus d'après elle. Lisa qui dit avoir été *« bien refroidie »,* envisage de repartir avec une organisation comme MSF. L'âge semble n'avoir aucune influence ici.

6 sages-femmes, Maud, Alice, Claire, Lisa, Capucine et Caroline nous ont exprimé l'envie de s'engager dans des associations, de faire plutôt des actions au niveau local, de perpétuer leur action sur un principe d'humanitaire « à la journée » : *« j'aurai voulu voir si en effet y'avait possibilité, si y'avait besoin de personnes comme ça qui donnent 1 journée toutes les 2 semaines ou tu vois pour s'occuper de femmes »* (Capucine), *« envie de continuer un peu dans la même veine en intégrant des assos de prise en charge des femmes et des enfants ouais »*, *« j'aimerai bien, une fois que je serai stabilisée dans un endroit où je bouge plus trop essayer de trouver des solutions, de travailler dans l'hébergement et l'accompagnement de ces femmes-là »* (Claire), *« on continue ici comme on peut quand on rentre chez nous quoi »* (Lisa).
Blanche s'est découvert une fibre militante qu'elle n'avait pas jusque-là *« ça m'a donné envie d'aller militer dans une association pour essayer de faire quelque chose pour ces gens »* (Blanche).

Léa, Inès et Valentine pensaient déjà à leurs prochaines missions : Valentine et Inès avaient déjà des projets précis en tête, tandis que Léa *« attend la prochaine mission ».*

K. Motivations

Notre étude portant sur l'engagement humanitaire, nous avons tenté de comprendre pourquoi ces sages-femmes ont décidé de s'engager en humanitaire.
7 d'entre elles expliquent que cette envie de faire de l'humanitaire existe depuis longtemps, parfois depuis l'enfance, parfois depuis le début de leur vie étudiante, un désir ancien « *l'envie de faire des projets humanitaires c'était quelque chose qui euh m'intéressait déjà quand j'étais étudiante »* (Adèle), « *Bah c'est un projet de vie que j'ai depuis que je suis toute petite ouais »* (Claire).
Mais « la vie faisant que » … C'est l'expression que Delphine (65 ans), Caroline (68 ans), Blanche (56 ans), Maud (30 ans) et Inès (56 ans) ont utilisé.
Delphine, Caroline, Blanche et Inès évoque par là leur vie familiale. Elles ont donc attendu avant de réaliser cette ambition et de s'engager, que leurs enfants aient grandi ou tout simplement d'être en retraite *« mes enfants sont grands maintenant c'est le moment »* (Blanche), *« on se marie on a des enfants enfin voilà »* (Inès), *« Et puis je me suis dit quand je serai à la retraite je ferai quelque chose »* (Caroline).
Pour ce qui est de Maud, elle avait également refoulé ce désir mais s'est engagée plus rapidement, par épuisement professionnel *« il a fallu que… (hésitation) que ma vie professionnelle en hôpital me pousse à bout pour que je me dise je veux faire autre chose, je veux vivre autre chose … je pose ma dispo et je me lance là-dedans ».*
Pour Léa (70 ans), retraitée comme Delphine et Caroline, cette envie de s'engager est également très ancienne mais, comme ses consœurs, sa vie familiale et professionnelle lui a paru incompatible avec l'engagement *« j'attendais impatiemment la retraite, non pas pour aller faire des cures thermales mais pour faire des cures de médecine humanitaire »*.
Delphine et Caroline vont même plus loin, expliquant qu'elles ont attendu la retraite mais que l'humanitaire leur permet également de continuer à exercer leur métier *« en fait je pense que j'ai pas envie de quitter mon métier c'est ça »* (Delphine)

Concernant leurs motivations, 2 sages-femmes les mettent en lien avec la politique actuelle et utilisent pour cela des termes assez frappants, Adèle *« ça vient toucher un truc qui me rend hors de moi c'est l'injustice en général et à Calais bah, après c'est personnel, mais je suis pas forcément d'accord avec l'éthique migratoire européenne »* et Capucine *« c'était vraiment une sorte de… de réparation de la faute française […] aider un peu ces gens et faire un peu mon devoir de citoyenne presque »*. On peut y voir un devoir moral.

Beaucoup ont, au contraire, un engagement beaucoup plus personnel, une envie d'aider et de transmettre à l'autre, de partager ses connaissances et compétences comme Valentine, Inès, Delphine et Léa, ou encore l'envie d'utiliser ses compétences de sage-femme d'une autre manière comme le disent Maud, Inès, Blanche, ou encore Lisa et Claire.
Elles avaient également envie de découvrir d'autres cultures, de voir *« comment on accouchait ailleurs »* (Blanche).

Plusieurs d'entre elles évoquent le goût du voyage, et ainsi la possibilité en humanitaire d'allier à la fois voyage et exercice professionnel. On retrouve cette motivation chez Lisa, Valentine, Delphine, et Inès. Cette dernière modère ses propos, expliquant *« y'a partir à l'étranger, alors au début c'était peut-être un peu ma priorité, quand j'étais jeune, et là maintenant, à la réflexion […], c'est on a une compétence et pourquoi ne pas la mettre au service de l'autre ».*

Maud, Lisa et Blanche évoque également un intérêt personnel *« mais on y va aussi pour nous parce qu'on en a envie en premier lieu »* (Maud), *« Et en plus en libéral on est un peu isolé donc moi j'aime bien tu vois, de temps en temps, être en équipe ça fait plaisir quoi »* (Blanche).

Analyse et discussion des résultats

I. Points forts – points faibles – biais de l'étude

A. Points forts

L'une des forces de cette étude réside dans l'hétérogénéité des sages-femmes interviewées, par leurs âges mais aussi leurs parcours professionnels et humanitaires. En effet, nous avons eu l'occasion de discuter avec des femmes âgées de 25 à 68 ans, certaines ayant travaillé essentiellement en hospitalier, d'autres essentiellement en libéral, d'autres encore ayant diversifié les secteurs d'exercice. L'une d'elle n'avait pas encore exercé en tant que sage-femme diplômée avant de réaliser sa 1ère mission.
Cependant, nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger de sage-femme de sexe masculin. Ce point doit toutefois être relativisé, le Répertoire partagé des professionnels de santé a estimé à 1.8% la proportion d'hommes dans cette profession en 2014 en Ile-de-France [40]. Ce pourcentage rapporté à notre population de 11 sages-femmes, 0 à 1 homme aurait dû participer à l'étude.

L'autre force de cette enquête s'appuie sur sa méthode : nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-dirigés, les questions ouvertes permettant à nos interlocutrices d'exprimer leurs vécus et impressions en toute liberté. L'ordre des questions était variable d'un entretien à l'autre, permettant ainsi une plus grande fluidité dans les interactions, favorisant l'apparition de nouvelles thématiques.

Ma propre expérience de la mission CAMINOR en décembre 2017 m'a permis une meilleure interaction avec les sages-femmes interrogées. Sachant que nous avions vécu une expérience similaire, la prise de contact et l'échange en ont été facilité.
Pourtant, cette pré-connaissance de la mission a pu avoir pour conséquence le passage sous silence de certaines choses, comme la description de la mission, des populations rencontrées et des actions effectuées, certains aspects n'étant que suggérés.

B. Points faibles et biais de l'étude

La faiblesse de cette étude se fonde sur le nombre d'entretien et leurs conditions de réalisation. En effet, 11 entretiens ne suffisent pas à généraliser les informations obtenues à l'ensemble des sages-femmes ayant réalisé des missions humanitaires.
Pour des raisons géographiques et afin d'obtenir ce nombre d'entretien, nous avons dû les réaliser par téléphone ou via WhatsApp puisque les sages-femmes interrogées étaient dans

différentes régions du territoire français voire à l'étranger, ce qui a pu limiter la lecture des émotions éprouvées.
Toutefois, cela n'a pas diminué la qualité de l'échange, les sages-femmes se trouvant dans l'environnement de leur choix et à l'horaire qu'elles souhaitaient, cela a peut-être permis une certaine qualité d'interrogation, l'attention étant porté uniquement sur l'écoute.

Deux biais ont pu être mis en exergue lors de la réalisation de cette étude : le biais de mémorisation et le biais d'interprétation.
En effet, pour certaines sages-femmes, la première mission humanitaire réalisée avait eu lieu une dizaine d'années avant notre entretien, pouvant ainsi biaiser leurs souvenirs quant à leurs motivations de l'époque et leurs impressions sur les éventuelles modifications de la pratique professionnelle. Néanmoins, le délai entre la dernière mission effectuée et la réalisation de l'entretien était d'un an tout au plus.
Comme expliqué ci-dessus, les entretiens ont dû être réalisés par téléphone, entrainant un possible biais d'interprétation puisque les comportements non verbaux étaient inaccessibles.

II. Analyse et discussion des résultats

L'objectif de cette étude est double : étudier et comprendre qui sont les sages-femmes concernées et pourquoi elles s'engagent sur des missions humanitaires de courte durée mais aussi analyser l'impact qu'elles pourraient avoir sur leurs pratiques professionnelles.
Les résultats de l'enquête seront donc analysés et discutés en 2 paragraphes : l'analyse de cet engagement d'une part, les modifications des pratiques professionnelles d'autre part.

A. L'engagement humanitaire des sages-femmes sur une mission courte

Les sages-femmes que nous avons interrogées ont décidé de s'engager sur une mission de courte durée, la mission CAMINOR étant une mission de 2 semaines. Certaines avancent l'argument d'une première expérience, d'un premier contact avec ce monde humanitaire, qui se veut donc de moins longue durée dans la mesure où elles ne sont pas certaines de se retrouver dans ce mode d'exercice. Cet engagement de courte durée permet également de partir en parallèle d'une activité professionnelle, qu'elle soit hospitalière ou libérale. Afin de justifier de l'augmentation du nombre de missions de courte durée proposées, Jacques Ion avait mis en avant la volonté de ne pas bouleverser toute vie familiale et il en concluait que le modèle de l'engagement en était modifié [32] mais il apparait ici que l'intérêt concerne d'avantage la vie professionnelle.
Plusieurs sages-femmes ont en effet mis en avant le poids du marché du travail actuel pour leur choix de partir en mission courte. D'autres engagées professionnellement, sont parties sur des périodes de congés annuels.

Les attentes semblent également varier en fonction de l'activité professionnelle.
Ainsi, Valentine travaillant à la fois en consultations prénatales et sur l'éducation sexuelle en lycées et Caroline ayant travaillé en PMI, leurs attentes étaient plutôt centrées sur la transmission de connaissances, contrairement à Inès et Léa, qui ont surtout travaillé en salle de naissance en milieu hospitalier, et qui elles, avaient des attentes plutôt portées sur la découverte de l'humanitaire, l'utilisation des compétences de sage-femme, la rencontre de l'autre.

L'analyse des réponses apportées par les sages-femmes concernant la question de leur engagement humanitaire met en évidence deux processus d'engagement distincts. Pour certaines, il s'agit d'un devoir moral, un don de soi pour des valeurs que l'on souhaite défendre : ici la cause des étrangers, réfugiés ou migrants, accueillis sur le territoire français. Bien qu'elles n'aient pas exprimé la moindre appartenance à un parti politique précis, elles s'engagent pour atténuer ce sentiment « d'injustice », né notamment du désaccord avec l'éthique migratoire actuelle.
Pour d'autres, cet engagement relève plutôt d'une envie individuelle d'accomplir quelque chose, de transmettre leurs connaissances et leurs compétences, on retrouve également régulièrement « l'envie d'aider » ou tout simplement la recherche d'un intérêt personnel par la découverte d'une autre culture ou encore d'une autre façon d'exercer.
Quelle que soit la forme d'engagement, on retrouve, à l'issue de ce travail, une sensibilité militante marquée, qu'elle soit dirigée vers le niveau politique ou dans le souhait de transmission et/ou d'interculturalité.

Afin de distinguer ces 2 facettes, Serge Paugam, dans son article La dynamique de l'engagement humanitaire, utilise les termes d'engagement « intéressé », en opposition à l'engagement « éthique » [28]. D'après lui, cet engagement intéressé peut s'inscrire dans un contexte de rupture biographique ou de remise en cause identitaire, notion que l'on peut appliquer à plusieurs de nos bénévoles. En effet, nous pouvons identifier un facteur déclencheur à cet engagement chez 5 sages-femmes : un départ à la retraite, des enfants qui grandissent ou encore une lassitude professionnelle voire un épuisement vis-à-vis de l'exercice hospitalier.
Stéphanie Vermeersch, directrice de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique, va plus loin dans son analyse de l'engagement associatif bénévole : « le discours des bénévoles révèle le double ancrage de leur motivation : éthique et plaisir sont les moteurs de l'engagement associatif » [41]. L'éthique telle qu'elle est évoquée ici peut, selon son analyse, se diviser entre valeurs humanistes et universalité d'un côté et devoir de citoyenneté et de civisme de l'autre. Le plaisir quant à lui est « le résultat de l'engagement, mais aussi la condition et le moteur », plaisir par l'action, l'utilité et la sociabilité, autant de facteurs que l'on retrouve dans le discours de nos sages-femmes bénévoles.
Le plaisir par l'action, dans le sens de l'engagement effectif, se retrouve chez une grande

majorité : 7 sages-femmes sur 11 évoquent un désir ancien de s'engager en humanitaire, au moins depuis le début de leur vie étudiante, parfois depuis l'enfance.
En ce qui concerne le plaisir par l'utilité, plusieurs nous ont dit s'engager pour « l'envie d'aider », l'utilisation de leurs compétences de sages-femmes dans un autre contexte. Enfin, pour ce qui est du plaisir par la sociabilité, « la rencontre de l'autre », il est surtout mis en avant par les sages-femmes retraitées, mais pas uniquement. On retrouve également cet aspect chez une sage-femme exerçant en libéral « être en équipe ça fait plaisir quoi ».

Le métier de sage-femme, comme tous métiers de la santé, est un métier tourné vers l'humain. Plusieurs sages-femmes font le parallèle entre leur engagement et leur exercice professionnel, l'engagement étant pour elle une suite logique à leur souhait de venir en aide à autrui, à cette envie de « prendre soin ». Alors comment expliquer que toutes les sages-femmes interrogées ne s'engagent pas en humanitaire ?
6 sages-femmes ont déclaré avoir ce que nous avons appelé un « milieu porteur » vers ce centre d'intérêt, qu'il soit issu du cercle familial ou amical. Elles ont été sensibilisées, via leurs pairs, à ce don de soi, à l'importance de se tourner vers les autres durant leur jeunesse, et au plaisir que l'on en tire, véhiculant ainsi une image positive de l'aide sociale et humanitaire. On retrouve ici le « modèle d'engagement processuel » de Douglas McAdam [33], qui tient compte du rôle que jouent les liens sociaux pour expliquer le fait que certaines personnes aux mêmes caractéristiques ne s'engagent pas forcément dans la même voie.
En plus d'une sensibilisation par les pairs, certaines avaient déjà fait l'expérience du bénévolat et de la vie associative dans leur jeunesse, 4 sur 11 pour notre étude, participant à des actions diverses : le Sidaction, le Téléthon, la distribution de repas.
Les différents liens sociaux ont donc bien une influence et peuvent expliquer, du moins en parti, cet engagement des sages-femmes.

Toutefois, nous avons pu relever que cette mission CAMINOR était une mission à part, du fait de son contexte, notamment politique. En effet, la tendance actuelle étant une politique d'endiguement des flux migratoires, l'État est intervenu dans la gestion de la cause de ces étrangers, réfugiés ou migrants, remplaçant parfois des bénévoles par des travailleurs sociaux, comme l'association AFEJI à Grande-Synthe [22].
Les camps de la région des Hauts-de-France trouvent donc leur singularité par la multiplicité des associations qui interviennent et la diversité des profils professionnels. Les sages-femmes ayant participé à cette mission ont par ailleurs évoqué la difficulté à comprendre cette organisation inter-associative, à connaître les différents acteurs.
Alexia Duytschaever et Chloé Tisserand, doctorantes en sociologie, mettent en opposition ces bénévoles et professionnels, les premiers ayant ce qu'elles qualifient de « politique de refuge », une revendication de mise à l'abri des migrants, axant leurs action sur le « care » et pas seulement le « cure » tandis que les seconds auraient une « politique de régularisation », leur objectif étant de les accompagner vers les structures d'accueils prévues comme les Centre d'Accueil de demandeurs d'asile ou les Centres d'Accueil et d'Orientation [22]. Ainsi, entre le

démantèlement des différents camps et l'orientation vers ces structures par les professionnels, les bénévoles doivent faire face à un éparpillement de ces populations, comme le souligne également Mathilde Pette [20], rendant leurs actions complexes. La plupart des sages-femmes ont insisté sur la faible présence des femmes et enfants durant leur mission, la déception étant parfois palpable dans leur discours, notamment pour 4 d'entre elles qui ont jugé qu'elles étaient « inutiles » et que la mission n'avait pas réellement d'intérêt.

Toutes ont été éprouvées par les conditions de vie de ces hommes, de ces femmes et de ces enfants, utilisant des termes forts pour les décrire. 5 sages-femmes précisent même qu'elles ont trouvé cette mission d'autant plus difficile qu'elle se déroule en France, évoquant des sentiments de « discrimination », de « culpabilité » ou encore « d'injustice » vis-à-vis de ces personnes. Parmi ces 5 sages-femmes, 4 ont d'ailleurs eu beaucoup de difficultés à mettre de côté la mission à leur retour.
Au vu des entretiens avec les sages-femmes ayant réalisé d'autres missions humanitaires, il apparait que la première mission s'avère toujours plus difficile *« le fait d'en avoir déjà fait 1 rend les choses plus simples »* (Blanche), *« bah la première je pense qu'elle est toujours choquante parce que sais jamais où tu vas, ce que tu vas voir »* (Valentine).
Maud exprime ce sentiment aussi à propos de la 2nde mission CAMINOR *« on s'implique peut-être un peu moins émotionnellement »*
Rappelons que pour 6 de nos sages-femmes, CAMINOR était leur première mission humanitaire, ce qui pourrait expliquer l'abondance de ressentis négatifs et nous avons relevé que le milieu d'exercice professionnels ou l'âge ne semblent pas avoir d'impact ici.

Suite à ce qu'elles ont vu et vécu, nous avons constaté une prise de conscience de l'enjeu politique intervenant dans la prise en charge de ces migrants. En effet, certaines éprouvent un sentiment de révolte, non seulement quant aux conditions de vie de ces populations, mais également à ce qu'elles ont perçu des rôles des forces de l'ordre, modifiant ainsi leur vision de l'humanitaire, préférant alors poursuivre leur engagement en œuvrant en France, voulant « *participer à l'échelle locale* » avec un système d'humanitaire à la journée. Il est ainsi possible, dans d'autres secteurs tout comme pour CAMINOR, de s'engager bénévolement quelques heures à quelques jours, en fonction de sa disponibilité personnelle.

Nous avons donc mis en exergue que les processus d'engagement des sages-femmes à partir sur une mission de courte durée sont similaires à l'engagement humanitaire en général, similaires par les motivations avancées par les bénévoles mais aussi par l'influence que peuvent avoir les liens sociaux. Néanmoins, les missions de courte durée semblent être favorisées pour une première expérience, mais également pour leur faisabilité en parallèle de l'exercice professionnel.
Aucun profil-type n'a pu être établi, la population étudiée étant complètement hétérogène, par l'âge, le cursus d'étude et le mode d'exercice professionnel ou encore le type de parcours humanitaire.

B. Exercer en humanitaire lors de missions de courte durée entraine-t-il une modification de la pratique professionnelle chez les sages-femmes ?

Durant leur mission, les sages-femmes n'ont malheureusement pas eu l'occasion de prendre en charge beaucoup de femmes, leur présence étant largement minoritaire sur les camps ou dans les structures d'accueil temporaires (gymnase de Grande-Synthe), l'essentiel de la prise en charge de ces femmes se résumant à leur transfert vers les hôpitaux et maternités alentours pour les différentes consultations prévues. Au niveau des soins médicaux, les sages-femmes ont essentiellement réalisé des soins primaires auprès des hommes. Les objectifs de cette mission étaient finalement plutôt axés sur la prise en charge sociale et psychologique.
Outre les difficultés qu'elles ont pu éprouver, toutes les sages-femmes interrogées ont évoqué la richesse de cette mission, et plus particulièrement la richesse culturelle, issue des relations qu'elles ont pu créer avec les migrants rencontrés sur les camps, que ce soit les hommes, les femmes ou les enfants.

A propos de l'effet des missions sur la pratique professionnelle, il est à noter que l'analyse ne porte ici que sur 8 sages-femmes étant donné que Caroline, Léa et Delphine ont réalisé leur(s) mission(s) après leur départ en retraite.

6 d'entre elles ont noté une modification concernant l'aspect relationnel de notre profession. Qu'elles exercent dans le secteur libéral ou le secteur hospitalier, ces sages-femmes, utilisant la richesse des échanges qu'elles ont pu avoir durant la mission, ont estimé avoir plus d'empathie envers les patientes en situation de précarité, qu'elles soient étrangères ou non, être plus compréhensives et essayer de s'adapter davantage à la culture et religion de chacune. Elles notent avoir une prise en charge plus globale, plutôt portée sur le versant administratif et une vision du soin plus large, prenant plus en compte la vie et les difficultés des patientes *« c'est vrai qu'à Calais je pense que j'ai appris à avoir une vision, ou une définition en tous cas plus juste du prendre soin ».*
Le partage de cette expérience avec leurs collègues est également mis en avant par 2 sages-femmes, espérant ainsi *« faire évoluer un peu les choses ».*
Toutefois, 2 sages-femmes ont également évoqué certaines difficultés d'adaptation à leur retour, notamment celle d'accepter les exigences de certaines patientes, ou encore les plaintes de leurs collègues.
Concernant le versant relationnel, nos conclusions sont donc semblables à celles tirées dans les études d'E. Lanterne [34] et d'A-L. Relais [36]. Rappelons qu'elles avaient conclu à une évolution de l'empathie envers les patientes, les sages-femmes se sentant plus tolérantes et à l'écoute de leurs patientes. La difficulté, pour certaines sages-femmes, vis-à-vis des réclamations de certaines patientes est également retrouvée dans ces études.

A l'inverse, la mission CAMINOR étant axée sur la prise en charge médico-psycho-sociale, voire même quasi-exclusivement psycho-sociale d'après les dires des sages-femmes interrogées,

certaines données ne sont pas retrouvées dans notre étude, notamment concernant la modification de la pratique en termes de technique.
Dans notre étude, une seule sage-femme a noté un changement quant à sa pratique à son retour de la mission, estimant avoir amélioré ses capacités d'adaptation. Une autre sage-femme a évoqué son développement du sens clinique mais précise qu'il résulte plutôt de son expérience lors de ses missions de longue durée.
Les études d'A-L. Relais, de M. Moreau [35] et d'E. Lanterne faisaient état d'une meilleure gestion de l'urgence, d'une amélioration du sens clinique, allant de pair avec une diminution de la prescription des examens paracliniques. Toutefois, ces études concernaient des sages-femmes ayant réalisé des missions humanitaires dont la durée s'étalait de quelques jours à plusieurs mois, nous pouvons donc nous demander si ces changements ne sont pas uniquement tirés d'une expérience de longue durée.

Il apparait ici qu'en fonction des objectifs initiaux de la mission réalisée, ainsi que de sa durée, l'impact sur la pratique professionnelle varie de manière significative.
En effet, quelle que soit la durée de la mission, nous assistons à une évolution de l'aspect relationnel de la profession par la richesse des connaissances culturelles issues des échanges entre les bénévoles et les populations rencontrées.
Au contraire, pour ce qui est de l'aspect technique de la profession de sage-femme, nous n'obtenons pas les mêmes résultats suivant la durée de la mission, 7 sages-femmes sur 8 n'évoquant aucune modification suite à leur retour de mission.
Pour expliquer ce fait, nous pouvons émettre deux hypothèses :
Premièrement, la politique actuelle, politique d'endiguement des flux migratoires de l'Union Européenne, consiste en une orientation des migrants vers les structures d'accueil prévues à cet effet, qui concernent de fait majoritairement les femmes et les enfants. En effet, les hommes préfèrent rester en dehors du système pour optimiser leurs chances de passer la frontière, ce qui aboutit à une moindre présence des femmes et des enfants sur les camps, rendant singulier le contexte de cette mission.
Deuxièmement, la brièveté de la mission avec le temps passé sur place ne permet pas de retrouver un impact sur le plan technique. En effet, les objectifs définis par GSF n'étaient pas tournés vers la prise en charge médicale en termes de technique mais plutôt vers l'accompagnement psycho-socio-administratif, c'est à dire organiser les différentes consultations et transferts nécessaires afin d'acheminer les patientes vers les hôpitaux alentours. Cette mission s'éloignant de nos compétences professionnelles habituelles, ce qui pourrait également expliquer cette absence de modification des pratiques au retour de mission.
Peut-être serait-il alors intéressant de réaliser une étude portant sur des missions de courte durée, élaborées par différentes ONG et ayant divers objectifs, afin de justifier ou d'infirmer ces hypothèses ?

CONCLUSION

Afin de comprendre pourquoi certaines sages-femmes s'engagent en humanitaire, notamment sur des missions de courte durée, et quelles peuvent être les modifications des pratiques professionnelles qui en découlent, nous avons interrogé 11 sages-femmes ayant réalisées une mission de prise en charge médico-psycho-sociale de 2 semaines auprès des populations migrantes dans la région des Hauts-de-France avec l'association Gynécologie Sans Frontières.

A l'issue de cette étude, un profil protéiforme des sages-femmes a été mis en évidence.
Leur engagement s'appuie sur 2 composantes : l'éthique, scindée entre valeurs humanistes et devoir de citoyenneté, et le plaisir, résultant de l'action, de l'utilité et de la sociabilité.

De cette mission découle une évolution de l'aspect relationnel de la profession, notamment par l'acquisition de connaissances culturelles transposables au sein de l'exercice professionnel et une prise en charge plus globale des patientes, davantage focalisée sur le versant social et l'accompagnement psychologique.
Les compétences professionnelles ne semblent par ailleurs pas modifiées par ce type de mission.

Alors que nous nous attendions à une éventuelle transformation des pratiques de la profession, nous avons découvert, au fil des entretiens, des personnes profondément touchées, émues, mais aussi révoltées du sort des migrants dans notre pays.
Le travail humanitaire, notamment dans la cause des étrangers, apparait comme dépendant des différentes décisions gouvernementales, à l'échelle nationale mais aussi internationale.
Au niveau européen, cette problématique se retrouve également, notamment avec les ONG SOS méditerranée et MSF à bord de l'Aquarius, mission de recherche et de sauvetage des migrants essayant de traverser la Méditerranée : certains d'entre eux se trouvent dans des situations de détresse physique et psychologique avancées, les bénévoles, dont l'engagement n'est pas forcément issu d'une prise de parti politique, se retrouvent donc confronté à un contexte politique complexe, leurs valeurs humanistes étant en contradiction avec les actions gouvernementales sur les camps.
Le fait de s'engager en mission humanitaire, sur une mission courte impliquée dans la cause des étrangers, n'entraine-t-il pas une prise de conscience politique ?

Bibliographie

[1] Ministère des Affaires Étrangères. Stratégie humanitaire de la République Française. 2018-2022. [En ligne] https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_humanitaire_web_cle023719-2.pdf. Consulté le 1er septembre 2018

[2] Aeberhard O. La médecine humanitaire des origines à nos jours. In : Lebas J, Veber F, Brücker G. Médecine Humanitaire. Paris : Flammarion ; 1994, 3-10.

[3] Dachy E. L'action humanitaire : réalités et représentations. Les Temps Modernes. 2004 Fev ; (n°627) : 22-42

[4] La Croix-Rouge Française. 7 principes fondateurs. [En ligne] http://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Un-mouvement-international/7-principes-fondateurs. Consulté le 28 juin 2017

[5] La Croix-Rouge Française. Organisation. [En ligne] http://www.croix-rouge.fr/La-Croix-Rouge/Un-mouvement-international/Organisation. Consulté le 28 juin 2017

[6] Bettati M. Du droit humanitaire au droit d'ingérence. In : Lebas J, Veber F, Brücker G. Médecine Humanitaire. Paris : Flammarion ; 1994, 30-36

[7] Lebas J. Éthique humanitaire et déontologie médicale. In : Lebas J, Veber F, Brücker G. Médecine Humanitaire. Paris : Flammarion ; 1994, 11-15

[8] ONU, Organisation des Nations Unies. Assemblée Générale. [En ligne] http://www.un.org/french/documents/ga/res/43/fres43.htm. Consulté le 4 juin 2017

[9] Maietta M. Origine et évolution des ONG dans le système humanitaire international. Revue Internationale et stratégique. 2015/2 ; (n°98) : 53-59

[10] HCR, Haut Commissaire pour les Réfugiés. Aperçu statistique. [En ligne] http://www.unhcr.org/fr-fr/apercu-statistique.html. Consulté le 31 août 2018.

[11] HCR, Haut Commissaire pour les Réfugiés. Aperçu statistique. [En ligne] http://www.unhcr.org/fr-fr/apercu-statistique.html. Consulté le 24 juillet 2017

[12] Malé S. Camps de réfugiés. In : Lebas J, Veber F, Brücker G. Médecine Humanitaire. Paris : Flammarion ; 1994, 132-143

[13] Soudant-Delpechin E. La prise en compte des rapports sociaux de sexe dans les migrations. L'exemple des femmes migrantes dans le camp de Calais. Pensée plurielle. 2016 ; (n°42) : 121-130

[14] Beauchemin C, Borrel C, Regnard C. Les immigrés en France : en majorité des femmes. Population et société. 2013 ; (n°530)

[15] Laacher S. N'exister pour personne violences faites aux femmes sur la route de l'exil. Le sujet dans la cité. 2011 ; (n°2) : 100-108

[16] Grünewald F, Rodriguez M. Pour une conception nouvelle de l'intervention extérieure en situation de crise. Pirotte C, Husson B, Grünewald F. Entre urgence et développement. Karthala ; 2000, 91-143

[17] GSF, Gynécologie Sans Frontières. Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et enfants des camps de migrants dans les camps de migrants du Nord et du Pas-de-Calais « CAMINOR ». [En ligne] https://gynsf.org/imprimables/Rapport%20CAMINOR%20nov15-fevr2017.pdf. Consulté le 3 août 2017
[18] Briké X. Calais : une étape dans l'exil. Ethnographier les résistances dans un camp auto-établi. Pensée plurielle. 2016/2 ; (n°42) : 107-119
[19] Mankou B. Calais, une prison ouverte pour les migrants. Hommes et migrations. 2013 ; (n°1304) : 35-39
[20] Pette M. Les associations dans l'impasse humanitaire ? Plein Droit. 2015 ; (n°104) : 22-26
[21] PSM, Plateforme de Service aux Migrants. … c'est quoi ? [En ligne] http://www.psmigrants.org/site/la-psm/cest-quoi-2/. Consulté le 04 août 2017
[22] Duytschaever A, Tisserand C. Le camp de Grande-Synthe : l'humanitaire aux deux visages. Hommes et Migrations. 2017 ; (n°1317-1318) : 118-122
[23] GSF, Gynécologie Sans Frontières. Projet narratif Camps de « Réfugiés Migrants » Nord&Pas-de-Calais. [En ligne] https://gynsf.org/mission-camps-de-refugies-migrants-nordpas-de-calais/. Consulté le 3 août 2017
[24] MSF, Médecins Sans Frontières. France : assistance aux migrants. [En ligne] https://www.msf.fr/decouvrir-msf/nos-operations/france-assistance-aux-migrants. Consulté le 31 août 2018
[25] Chouaïd C. Le mouvement associatif humanitaire en France et à l'étranger. In : Lebas J, Veber F, Brücker G. Médecine Humanitaire. Paris : Flammarion ; 1994, 67-72
[26] Solidaire. Humanitaire, Développement, Urgence. [En ligne] http://www.solidaire-info.org/domaines/humanitaire-d%C3%A9veloppement-urgence. Consulté le 26 juin 2017
[27] Laheyne C. Bénévoles et professionnels. Le sociographe. 2012 Avr ; (n°40) : 68-79
[28] Paugam S. La dynamique de l'engagement humanitaire. In : Chopart JN, Outin JL, Palier B, Rault D, Vidana JL, Alfandari E, et al. Produire les solidarités, La part des associations. Paris : MIRE; 1997, 246-268
[29] Weber O. Humanitaires. Paris : Le Félin; 2003, 291p.
[30] Ryfman P. Les ONG. Paris : La découverte; 2009, 109p. (Collection Repères)
[31] Pette M, Eloire F. Pôles d'organisation et engagement dans l'espace de la cause des étrangers : l'apport de l'analyse des réseaux sociaux. Sociétés contemporaines. 2016 ; (n°101), 5-35
[32] Entretien avec Ion J, par Cathelineau JP. L'engagement des jeunes. La revue lacanienne. 2017 ; (n°18), 177-184
[33] Ward J. Comprendre l'engagement dans l'aide : le modèle d'engagement processuel. Vie Sociale. 2012 Avr ; (n°4) : 163-174
[34] Lanterne E. La pratique professionnelle des sages-femmes au retour d'une ou plusieurs missions humanitaires. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme. Université de Limoges ; 2016, 42p

[35] Moreau M. Vécu 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. Université Catholique de Lille ; 2016, 28p
[36] Renais AL. Sage-femme et humanitaire : regards sur l'évolution des prises en charge au retour en France. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme. Université de Rouen ; 2013, 63p
[37] Institut Ipsos, Les apports multiples du volontariat de solidarité internationale. [En ligne] http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/enquete-clong-vsi-02-2012.pdf. Consulté le 16 juillet 2017
[38] Blanchet A. Dire et Faire Dire : l'Entretien. Armand Colin ; 1991, Paris, p. 19
[39] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Dryiewicz A-M, Imbert P, Letrillart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19 (n°84) : 142-145
[40] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les sages-femmes : une profession en mutation. [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf. Consulté le 28 août 2018.
[41] Vermeersch S. Entre individualisation et participation : l'engagement associatif bénévole. Revue Française de sociologie. 2004 ; 45 : 681-710

ANNEXE I – Extrait de la Stratégie humanitaire de la République Française

LES **15 DÉCISIONS** DE LA **STRATÉGIE HUMANITAIRE** DE LA **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE 2018-2022**

1. La France s'engage à bâtir une coalition d'États solide pour renforcer la protection des personnels humanitaires et médicaux dans les conflits, dans le prolongement de son initiative lancée le 31 octobre 2017 au CSNU, et à obtenir des ralliements à la déclaration politique adoptée à cette occasion.

2. La France poursuivra la promotion de la protection des enfants dans les conflits armés pour la renforcer et continuera avec l'UNICEF à promouvoir l'universalisation des Principes et Engagements de Paris.

3. La France poursuivra son engagement dans le cadre de l'agenda « Femmes, paix et sécurité » en appuyant des actions prévoyant une aide spécifique aux femmes et aux filles et qui favorisent leur réintégration et leur autonomisation, notamment par le soutien à des activités génératrices de revenus.

4. La France continuera à participer au processus intergouvernemental engagé après la 32e Conférence du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, afin de trouver un accord sur un potentiel forum des États destiné à renforcer le respect du droit international humanitaire en créant un espace de dialogue.

5. La France s'engage à poursuivre ses efforts pour rallier le plus grand nombre de soutiens à son objectif d'encadrer le veto en cas d'atrocités de masse, y compris auprès des membres permanents du Conseil de sécurité.

6. La France poursuivra pleinement sa mobilisation au service de la lutte contre l'impunité, notamment s'agissant des violations du DIH dans les conflits, en particulier au Moyen-Orient.

7. La France agira auprès de ses partenaires et au sein des enceintes concernées pour contribuer à la pleine application du DIH dans le

cyberespace. Elle continuera à participer activement aux discussions internationales sur les systèmes d'armes létaux autonomes au sein de la Convention sur certaines armes classiques, notamment en ce qui concerne l'application du DIH.

8. La France développera un dialogue humanitaire constructif et exigeant par des consultations régulières avec ses principaux partenaires, qu'ils soient parties à un conflit ou acteurs émergents sur la scène humanitaire, pour permettre la promotion du respect du DIH et engager de possibles coopérations.

9. La France poursuivra ses efforts pour la diffusion du DIH auprès de ses forces armées et à l'étranger. Elle poursuivra la mise en œuvre de ses pratiques opérationnelles pour la protection des civils sur les théâtres d'opérations extérieures.

10. La France deviendra l'un des trois premiers bailleurs européens et l'un des cinq premiers bailleurs mondiaux pour l'action humanitaire en portant à 500 millions d'euros l'ensemble de ses contributions.

11. Les institutions françaises impliquées dans l'action humanitaire élaboreront une nouvelle méthodologie et un outil de suivi des financements humanitaires simplifié, plus accessible et commun à l'ensemble des services concernés.

12. La France adoptera dès 2018 le projet pilote d'harmonisation et de simplification des exigences de suivi proposé dans le cadre du Grand Bargain pour l'ensemble de ses guichets de financement de l'action humanitaire bilatérale.

13. La France élaborera dès la phase de réponse d'urgence, là où le contexte et la nature de la crise le justifient, une stratégie à long terme, à même de répondre au défi de la sortie de crise et du redressement, coconstruite par l'État et l'ensemble des acteurs de la réponse humanitaire et de développement. Un mécanisme de coordination des actions engagées par le CDCS en faveur de l'humanitaire et de la stabilisation et des appels à projets crise et sortie de crise portés par l'AFD permettra la traduction sur le terrain de cette stratégie.

14. La France appliquera le marqueur « genre » de l'OCDE sur l'ensemble de ses projets humanitaires bilatéraux et continuera à plaider pour sa prise en compte par les agences, fonds et programmes onusiens et européens.

15. La France se dotera d'un mécanisme de renforcement des capacités des acteurs locaux permettant à chaque projet d'ONG financé par le Fonds d'urgence humanitaire de disposer d'une somme pour renforcer les capacités de leurs partenaires locaux, et augmentera ses financements à destination des acteurs locaux. Elle mettra en place un marqueur permettant de mesurer le degré de localisation de son action humanitaire.

ANNEXE II – Convention de Genève du 22 août 1864

Convention de Genève du 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne. Genève, 22 août 1864.

ARTICLE 1. - Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres, et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés.

La neutralité cesserait si ces ambulances ou ces hôpitaux étaient gardés par une force militaire.

ART. 2. - Le personnel des hôpitaux et des ambulances, comprenant l'intendance, le Service de santé, d'administration, de transport des blessés, ainsi que les aumôniers, participera au bénéfice de la neutralité lorsqu'il fonctionnera, et tant qu'il restera des blessés à relever ou à secourir.

ART. 3. - Les personnes désignées dans l'article précédent pourront, même après l'occupation par l'ennemi, continuer à remplir leurs fonctions dans l'hôpital ou l'ambulance qu'elles desservent, ou se retirer pour rejoindre le corps auquel elles appartiennent.

Dans ces circonstances, lorsque ces personnes cesseront leurs fonctions, elles seront remises aux avant-postes ennemis par les soins de l'armée occupante.

ART. 4. - Le matériel des hôpitaux militaires demeurant soumis aux lois de la guerre, les personnes attachées à ces hôpitaux ne pourront, en se retirant, emporter que les objets qui seront leur propriété particulière.

Dans les mêmes circonstances, au contraire, l'ambulance conservera son matériel.

ART. 5. - Les habitants du pays qui porteront secours aux blessés seront respectés et demeureront libres.

Les généraux des Puissances belligérantes auront pour mission de prévenir les habitants de l'appel fait à leur humanité, et de la neutralité qui en sera la conséquence.

Tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde. L'habitant qui aura recueilli chez lui des blessés sera dispensé du logement des troupes, ainsi que d'une partie des contributions de guerre qui seraient imposées.

ART. 6. - Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, à quelque nation qu'ils appartiennent.

Les commandants en chef auront la faculté de remettre immédiatement aux avant-postes ennemis les militaires ennemis blessés pendant le combat, lorsque les circonstances le permettront et du consentement des deux partis.

Seront renvoyés dans leur pays ceux qui, après guérison, seront reconnus incapables de servir.

Les autres pourront être également renvoyés, à condition de ne pas reprendre les armes pendant la durée de la guerre.

Les évacuations, avec le personnel qui les dirige, seront couvertes par une neutralité absolue.

ART. 7. - Un drapeau distinctif et uniforme sera adopté pour les hôpitaux, les ambulances et les évacuations. Il devra être, en toute circonstance, accompagné du drapeau national.

Un brassard sera également admis pour le personnel neutralisé, mais la délivrance en sera laissée à l'autorité militaire.

Le drapeau et le brassard porteront croix rouge sur fond blanc.

ART. 8. - Les détails d'exécution de la présente Convention seront réglés par les commandants en chef des armées belligérantes, d'après les instructions de leurs gouvernements respectifs, et conformément aux principes généraux énoncés dans cette Convention.

ART. 9. - Les Hautes Puissances contractantes sont convenues de communiquer la présente Convention aux gouvernements qui n'ont pu envoyer des plénipotentiaires à la Conférence internationale de Genève, en les invitant à y accéder ; le protocole est à cet effet laissé ouvert.

ART. 10. - La présente Convention sera ratifiée, et les ratifications en seront échangées à Berne, dans l'espace de quatre mois, ou plus tôt si faire se peut. En foi de quoi, les plénipotentiaires respectifs l'ont signée et y ont apposé le cachet de leurs armes.

Fait à Genève, le vingt-deuxième jour du mois d'août de l'an mil huit cent soixante-quatre.

ANNEXE III – Guide d'entretien

Guide d'entretien

« POURQUOI LES SAGES-FEMMES S'ENGAGENT-T-ELLES EN HUMANITAIRE SUR DES MISSIONS COURTES ET EN QUOI CELLES-CI IMPACTENT-ELLES LEURS PRATIQUES PROFESSIONNELLES ? »

I - EN MISSION

- Contenu de la mission et lieu de la mission
- Vie sur place : lieux, objectifs, quotidien (journée type ?)
- Impression, difficultés, ressenti (choc ? anecdote ? meilleur et pire souvenir ?)
- Moyens techniques et humains
- Rapport à la population (elle par rapport à la population, la population par rapport à elle, barrière de la langue, de la culture)
- Ressources personnelles utilisées pour s'adapter à l'environnement.
- Ce qui a manqué pour s'adapter à cet environnement ?
- Vécu de la mission par rapport aux attentes ? correspondant aux représentations initiales ? satisfaction ? déception ?
- Formation avant la mission ? Formation pendant ?

II - RETOUR A LA VIE QUOTIDIENNE

- Réadaptation personnelle
- Réadaptation professionnelle (retour dans le secteur d'origine ? changement d'objectifs de carrière)
- Changements ressentis (pratique, relationnel, évolution, apports et inconvénients)
  ➔ *Donner des exemples sur les différents points peut-être ? sur la pratique, sur le relationnel…*

III - BILAN GLOBAL

- Choix de repartir
- Envie de refaire des formations ? ou les animer ou autre ?
- Pourquoi
- Différences par rapport aux missions suivantes ?

IV - ENGAGEMENT HUMANITAIRE

- Motivations personnelles et/ou professionnelles ? Démarche ayant mené à l'engagement
  - Choix
    - Politique (militantisme ?)
    - Ethique (devoir moral ? religieux ?)
    - Personnel (occupation utile ?)
  - Connaissances
  - Réponse à un appel d'organisme
- Organisme : choix, hasard, connaissances
- Missions courtes : choix, hasard
- Lieux de missions : choix, hasard
- Nombre de missions réalisées, lieux

V - ENFANCE & PARCOURS DE VIE AVANT L'ENGAGEMENT HUMANITAIRE

- Enfance en contact avec l'humanitaire ? Par qui ?
- Etude
  - Lieu & année
  - Pourquoi ces études ?
- Parcours professionnel avant la 1ère mission
  - Nombre d'années de pratiques professionnelles
  - Secteur professionnel privilégié
- Bénévolat dans d'autres domaines ?

ANNEXE IV – Synthèse des entretiens (groupe CAMINOR uniquement)

	Lisa	Capucine	Caroline	Adèle	Inès	Delphine
Age	25 ans	25 ans	68 ans	27 ans	56 ans	65 ans
Formations	Formation avec Adecco en contraception pendant ses études en Belgique	Études à Grenoble	Formation GSF 1 semaine	DU de psychisme et périnatalité Réunion d'information MSF en 2016	Formation GSF avant la mission 2 formations après mission - PeC des patients dans une population multiculturelle - Bienveillance	
Travail	Maternité en clinique + remplacement libéral	Diplôme en 2016 Profil atypique, reconversion professionnelle en cours : accordeuse de piano	Infirmière à Bichat Études de SF Tous les secteurs : SdN, SdC, libéral, PMI		Exclusivement hôpital	Sage-femme pendant 42 ans, beaucoup de SdN Libéral aussi
Missions	Mars 2018 CAMINOR	Mission CAMINOR en Juillet 2018	CAMINOR fin mars-début avril 2017	CAMINOR	CAMINOR	Mai 2018 CAMINOR
Attentes			Information, contraception, violence sexuelle	Découvrir l'humanitaire		S'attendait à quelque chose de plus structuré, organisé
Ressenti négatif	Vie en équipe difficile **Très difficile**, en a beaucoup souffert	Difficile au début de trouver un point de positionnement émotionnel puis recul.	Désorganisé, déçue, n'a plus envie de repartir avec GSF. Mission courte difficile pour	France + difficile	Difficulté d'adaptation sur tous les plans	Mission très difficile Sentiment d'avoir fait le taxi pendant 2 semaines Complètement dépassée
	+ difficile en France **Impuissance**	Sentiment de honte toujours présent	l'échange et la collaboration avec les autres associations			Sentiment de ne rien pouvoir faire à son niveau
Ressenti positif	Beaucoup d'échanges avec migrants Moins indifférent	Surprise de la chaleur humaine, l'accueil par les migrants	Belles rencontres	Exacerbation débrouille		Enrichit le côté humain Partage d'expérience avec l'équipe
Apports pratiques professionnel les	Beaucoup + tolérante Vision + globale de la PeC des patients + d'empathie	Pas vraiment, population trop différente de celle rencontré pendant la mission Permet de relativiser	A la retraite	Plus compréhensive Prise de conscience des difficultés	Meilleure compréhension de leurs difficultés, de leur vision de la maternité via culture Envie de partage avec les collègues	A la retraite
Retour	Pleurs +++ au retour A beaucoup parlé avec son entourage mais incompréhension de leur part parfois → Relativise dans la vie quotidienne depuis CAMINOR	A beaucoup pleuré à son retour.	Tristesse. Autant pour la mission que pour ce qu'elle a vécu.	Retour très difficile Incompréhension de l'entourage	Choc, du mal à atterrir	Difficultés personnelles à son retour, le fait de faire la mission lui a permis de relativiser sur les évènements
Pérennité de l'engagement	Envisage de continuer à	Aimerait participer à l'échelle locale	Souhaiterait refaire de l'humanitaire,	Action locale sur long terme par la suite	Voudrait repartir, si possible en Afrique	Partirait 1 mois au Gabon en octobre,

	l'échelle locale (CADA)		Veut quelque chose de plus structuré et organisé.			salle d'accouchements etc.
Engagement humanitaire – motivations	Parallèle avec métier de SF Envie d'aider Alliance voyage et métier Découvrir et partage autres cultures Découvrir autre pan du métier Apports pour sa PeC des populations précaires	Sentiment de culpabilité, honte, devoir de citoyenne de venir en aide à cette population. « Réparation de la faute française » Pas politisée mais concernée par le fait que ce soit en France.	A toujours voulu le faire mais pas le temps, pas disponible, voulait en faire après la retraite. Importance du côté social, aider les autres. Aider, rencontrer des gens	Envie depuis les études de SF Envie d'aider les gens Sentiment d'injustice Désaccord éthique migratoire actuelle	Utiliser les compétences de sage-femme d'une autre manière Volonté ancienne mais la vie a fait que… PARTAGE connaissance, expérience, culture	Difficile d'expliquer vraiment pourquoi. Aime le partage de connaissances, parle beaucoup de son enseignement auprès des jeunes sages-femmes. Goût du voyage, envie de voyager en faisant quelque chose pour quelqu'un, d'utile Envie de continuer à exercer son métier aussi
Choix de l'organisme et départ	Beaucoup de pub pour GSF Courte = choix, premier contact	Avantage 15 jours !	Pas envie de partir loin et longtemps	Envie de le faire en France puisque son pays Pas mission longue – marché du travail		
Enfance, parcours bénévole	Travail bénévole en Afrique du Sud, qques consult	Restos du cœur bébé Aucune influence extérieure		Tante – image positive		

ANNEXE V – Synthèse des entretiens (Groupe multiples missions)

	Maud	Claire	Léa	Valentine	Béatrice
Age	30 ans	26 ans	70 ans	32 ans	56 ans
Formations	Formation de GSF (GO en humanitaire) après la mission → Mieux de la faire après pour rendre les choses plus concrètes, prendre du recul		Formation GSF	• 6 mois master médecine de l'immigration • Master sur logistique • Formation 1er départ MSF • Formatrice lors d'une formation organisée / ONG locale	Formation en gynécologie pour ouvrir son cabinet libéral à Rouen
Travail	Hôpital pendant 5 ans, ≠ services	Maternité, services ≠	Hôpital, SdN ++	Travail à l'hôpital. SdN, consultations, PNP, éducation sexuelle lycées	20 ans en salle de naissance PMI Libéral depuis
Missions	3 missions de 15 jours - CAMINOR x2 - Togo actuellement avec l'Ordre de Malte	Bénin 6 mois CAMINOR	9 missions, courtes et longues : Jordanie, Tibet, Sénégal 2 ou 3, CAMINOR x2 Haïti, Tanzanie, Grèce	2008 – 3 mois en Ethiopie, hôpital 2013 – Centre Afrique, 2 mois puis 1 mois et demi. 2018 – CAMINOR en Décembre 2018	6 semaines au Sénégal, passeport pour une naissance 2013 CAMINOR
Attentes			Rencontre d'une autre humanité, culture, approche des femmes	Essayer d'organiser un peu la situation, logistique ++	
				Objectifs centrés sur la formation et le partage d'expériences	
Ressenti négatif		Difficile de prendre ses marques, beaucoup à apprendre Manque de formation		Sentiment **d'impuissance** à CAMINOR + difficile, + choquant en France.	Grand découragement Mission triste
Ressenti positif	Intéressant Enrichissant Rapport différent avec les gens par rapport hôpital	Richesse culturelle		Partage d'expériences.	Lien et partage avec l'équipe et la population enrichissant Échanges +++ Vrais partages
Apports pratiques professionnelles	• Difficile de retourner à la vie professionnelle • Apporte une nouvelle définition de la notion de soin, importance de la PeC globale	Aucun chgt ressenti	A la retraite	Apports pour le travail en équipe Stimule le sens clinique Encore + d'empathie et d'écoute PeC + globale, prend du temps pour le côté administratif	Sensibilise la population (patientes et collègues) à son engagement Encore + attentive aux difficultés des patientes Nouvelles cultures rencontrées
Retour	• Difficile de décrocher • Difficulté à décrire son vécu, difficile par rapport à l'entourage	Retour difficile, plaintes collègues	Difficile d'en parler, de décrire les choses	Discussion avec un entourage choisi Choquée d'avoir laissé les migrants à CAMINOR	

Pérennité de l'engagement	Souhaite intégrer association locale	Action locale à long terme	Article dans Revue Sage—femme En attente de la prochaine mission	Projet en cours d'élaboration	
Engagement humanitaire – motivations	Envie depuis l'enfance Utiliser les compétences de sage-femme d'une autre manière Difficile d'expliquer pourquoi En 1er lieu pour nous-même	Envie d'aider Projet depuis l'enfance	Très engagée avant de commencer. Était ± en attente de la retraite Rencontre de l'autre Échange Envie de transmettre, de donner à l'autre	Intérêt pour les autres cultures, voyages etc. Faire partager ses connaissances et compétences de SF.	Découvrir comment on accouche ailleurs, partager la vie de ces populations Changer un peu d'univers, travail en équipe alors qu'elle est en libéral le reste du temps Aider, parallèle avec métier de la santé.
Choix de l'organisme et départ	Durée courte = choix, envie d'un 1er contact mais peur de ne pas aimer	France ++	2 semaines = trop court (temps d'adaptation etc.)	Envie de partir sur son temps libre donc cherchait des missions courtes.	Mission courte = choix & importance ++ pour organisation perso
Enfance, Parcours bénévole		Contact via dispensaire mère Responsable solidarité à la fac		Mère ++ Aucune influence extérieure.	

ANNEXE VI – Entretien avec Valentine

Valentine, entretien Skype, réalisé le 02 août 2018

Présentation de l'étude & accord pour l'enregistrement de l'entretien

C : Alors, je sais qu'on a fait CAMINOR ensemble, est-ce que tu avais déjà fait des missions humanitaires avant ?

V : Oui je suis allée en 2008 je suis partie 3 mois en Éthiopie, c'était une mission sur un projet qui était un projet long terme qui était sur place et euh c'était dirigé par un petit hôpital tenu par … une petite association italienne et après, ça c'était ma première mission, et après je suis allée à… en Centre Afrique avec MSF en 2000… fin 2013 début 2014

C : D'accord

V : Une mission déclenchée sous le, bon c'était une mission d'urgence du coup c'est un autre cadre, on a dû mettre en place réellement la mission d'urgence.

C : Et alors c'était quoi le, c'était à quel endroit et c'était quoi le contexte…

V : Alors en Éthiopie c'était, moi je faisais la sage-femme et un peu j'aidais aussi les gens, un médecin qui était là du coup quand j'avais pas d'urgence… je l'aidais en fait. En Ethiopie tous les femmes accouchent à la maison du coup elles venaient… en plus c'était un milieu rural du coup c'était un peu éloigné de tout et du coup j'avais des urgences quand elles arrivaient, bien dur, mais euh… y'en avait pas beaucoup mais c'était vraiment… c'était pas très facile quand elles arrivaient et… par contre avec MSF en Centre Afrique c'était à Bangui du coup c'était la capitale… en plein mouvement un peu de combats bon euh… du coup j'étais un peu… c'était un peu dur, c'était vraiment, ils venaient de déclencher tout ça et tout le désordre… les hôpitaux, la plupart des hôpitaux marchaient pas très bien ou pas du tout du coup il y avait la Croix Rouge, il y avait Médecins du Monde, il y avait MSF, ils avaient un peu pris tout le contrôle et du coup c'était un peu plus dur.
Moi j'ai fait sage-femme 2 mois, je suis restée le premier moment 2 mois, après je suis restée à la maison je suis retournée 1 mois et demi. Et les premiers 2 mois c'était assez dur parce que c'était euh… bah… mettre tout en place pour la mission. On avait pas de médicaments, pas d'échographe on avait vraiment rien… et en plus question sécurité c'était un peu dur parce qu'on avait le couvre-feu on pouvait pas sortir tous les jours, y'avait des jours on devait rester à la maison… du coup gérer les sages-femmes de loin bon… c'est pas très bien, on a fait des recrutements sages-femmes aussi. Et après, du coup à la fin des 2 mois c'était un petit peu plus calme mais quand même on avait déjà mis en place beaucoup.
Du coup on avait dans la capitale, en centre-ville on avait cet hôpital et à un peu plus d'une heure et demi on avait un champ de réfugiés où on avait mis en place un dispensaire avec médecins, 1 pédiatre et, pédiatre non, le pédiatre c'était en France mais 2 médecins et sages-femmes et des logiciens.
Mais là il y avait pas mal de monde, il venait pas mal de monde accoucher je me souviens.
Et la 2e fois où je suis retournée en Centre Afrique c'était toujours… c'était en avril pendant 1 mois et demi et c'était beaucoup plus tranquille, l'agitation était beaucoup plus tranquille et tout était déjà mis en place, MSF ils étaient en campagne ils étaient pas dans l'hôpital du centre-ville… on gérait le champ de réfugiés qui était dans la périphérie.

C : D'accord ok
Et donc après tu as fait CAMINOR ?

V : Ouais, après j'ai fait CAMINOR, c'était bah c'était toute une autre… un autre type de mission. J'avais jamais travaillé… en fait en France ou en Espagne ou en Italie dans des missions humanitaires sur place dans des conditions un peu différentes… du coup c'était, mais je me suis, j'étais vraiment étonnée de trouver cet genre de situation en France. Du coup au niveau émotif c'était beaucoup plus choquant la mission de CAMINOR dans le sens que je me sentais pas, je me sentais très, je sais pas si ça se dit, impuissante ?

C : Impuissante oui

V : Ouais je me sentais très impuissante parce que, tout était, j'ai vu que tout était mal géré au niveau de coordination de, pas de GSF, mais je dis en général de la situation des immigrés en France… et du coup en Centre Afrique bah tout le monde était comme ça, dans la même baignoire tu vois… en Ethiopie aussi mais en France bah tu vois on se retrouvait, on retournait à la maison au chaud et les gens ils restaient dans la rue… y'avait… un sentiment de discrimination assez fort, du coup moi je me suis sentie très touchée pour ça…
Et après c'était différent aussi parce que la mission on avait 2 binômes, un binôme qui faisait un peu plus le travail de sage-femme mais quand même en général le travail était beaucoup plus généraliste quoi.

C : Oui

V : Du coup c'est un peu différent… Je me suis pas sentie inutile mais j'avais vraiment ce sentiment d'impuissance devant ce genre de situation

C : Et depuis, t'es repartie ?

V : Depuis CAMINOR non, je suis restée à la maison, j'ai pas eu l'occasion parce que j'ai pas eu de vacances, j'ai pas eu de dispo au travail. Par contre on est en train d'organiser avec l'hôpital, on a une petite organisation, une ONG, et en fait au Sénégal dans un dispensaire aussi qui est éloigné du centre-ville, de la ville, on est en train d'organiser un projet de formation sage-femme et il est parti déjà, c'est un logicien qui travaille pour MSF, et lui il est parti pour voir la condition et faire des formations sensibilisation et mise en place un peu du dispensaire et moi je lui ai donné 2-3 trucs pour moi pour regarder des données pour voir si c'est possible de mettre en place un projet de formation pour les sages-femmes.

C : Et ce serait un projet sur le long terme ou vous partiriez…

V : Non c'était 2-3 semaines si je m'en vais.

C : Je t'entendais plus bien tu as dû bouger à ce moment-là ça a fait un gros bruit

V : Ah ouais pardon, tu entends bien maintenant ?

C : Et au niveau des missions quand tu pars faire une mission, quelles sont tes attentes, qu'est-ce que tu t'attends à voir, découvrir, qu'est-ce que tu attends des missions que tu fais en général ?

V : Euh bah (*hésitation*)… surement essayer d'organiser un peu la situation où je vais dans le sens que si c'est une mission d'urgence ou une mission un peu plus long terme dans une station plus calme bah évidemment tes objectifs sont un peu différents.
Mais quand même je dirai gérer un peu la situation au niveau organisatif, parce que généralement y'a toujours un peu de chaos dans l'organisation si t'es la première en arrivant ou après dès fois

ils perdent aussi la… dès fois la ligne de missions ils perdent un peu le rythme pendant les semaines du coup il faut toujours rattraper ce genre d'organisation
Et après c'est surtout… moi mes objectifs ils sont beaucoup sur la formation, en fait sur le soutien des sages-femmes locales, sur place. Par exemple en Centre Afrique on faisait 1 fois par semaine on se retrouvait toutes les sages-femmes, on faisait la formation, je voyais qu'il y avait beaucoup beaucoup d'échanges, dans le sens eux ils m'aidaient à comprendre les choses, leur manière de faire et tout et moi évidemment je les aidais aussi pour tous les médicaments qu'on donnait, pour diriger certaines choses ou gérer des situations un peu difficiles, à risque, une hémorragie euh… mais ouais surtout c'est la formation que j'essaye toujours de faire sur place quoi.

C : D'accord
Et justement avec CAMINOR où on avait pas ce côté formation etc. est-ce que ça t'a manqué ? Qu'est-ce que tu en as pensé ?

V : Bah je savais qu'il y avait pas ça… dans le sens où nous on était des sages-femmes et on collaborait avec les structures sur place et du coup non ça m'a pas manqué dans le sens que j'étais pas là pour ça, je savais que j'aurai pu faire sage-femme aussi un peu, parce qu'aussi la population qu'on a retrouvé c'était surtout des hommes, bah de mon côté c'était surtout des hommes. Ça a pas manqué parce que j'ai vu que j'ai pu aussi faire d'autres choses… du coup non ça m'a pas manqué et c'était pas la situation pour le faire du coup non ça m'a pas manqué.

C : Et est-ce que tu as fait des formations, tu sais ils font des formations médecine tropicale, médecine humanitaire des choses comme ça. Est-ce que tu en as faites ?

V : Si on a fait, bah moi j'ai fait quand j'étais à l'école encore de sage-femme, j'ai fait une année, non c'était 6 mois… en fait c'est un master de 5 ans avec la Caritas sur la médecine de l'immigration… et moi j'ai rattrapé 6 mois de formations surtout sur les sujets qui m'intéressaient, plutôt la formation des personnes locales, un peu la part logistique, les projets. En fait tu pouvais faire, ou faire tout le master, ou seulement une partie sur laquelle tu avais de l'intérêt.
Et après j'ai fait une autre partie d'un master qui était toujours sur la logistique et ça c'était MSF qui me l'avait conseillé, c'était à Barcelone.
Et après, bah avant de partir avec MSF tu fais toujours 2 semaines de formation premier départ.

C : Ah d'accord

V : Ouais, pendant 2 semaines à Barcelone tu y vas tous les jours.
Et après en formation non… Ah si j'ai fait 3 jours de formation organisée par mon hôpital avec laquelle j'ai fait partie de l'équipe un peu de formateurs, j'ai fait la partie surtout gynécologique-obstétricale, surtout sage-femme, et du coup j'ai participé aussi à la formation en tant qu'étudiant.

C : Et ça c'était à l'hôpital où tu travailles ?

V : A l'hôpital de Figueras oui.
C'est une ONG qui est à l'hôpital.

C : Et elle fonctionne comment l'ONG ? vous êtes beaucoup à travailler à l'hôpital ou elle est vraiment implantée…

V : Non parce qu'en fait cette ONG travaille surtout pour, en fait elle a été créée pour aider certaines parties de la population qui par exemple peut pas se permettre d'acheter du matériel médical, par exemple des lits, des matériels qui sont un peu chers. Et du coup l'ONG met en contact les personnes qui ont le matériel, et du coup collabore avec la location, ils donnent un peu de

sous, ou par exemple ils achètent des lits et des trucs de matériel, ils les mettent sur le côté et quand les personnes demandent à l'organisation parce qu'ils ont pas de moyen, et bah l'organisation s'occupe de faire une location gratuite à cette personne-là. Au début c'était née pour ça, et après quand, en fait elle est composée par, en fait l'hôpital il est grand mais il est globalement composé par une trentaine de personnes, des anesthésistes, auxiliaires, infirmiers, et tout. Et en fait la personne qui gère un peu tout ça c'est une ancienne de MSF, il a travaillé beaucoup avec MSF, et du coup il a commencé aussi à s'occuper des missions humanitaires à l'étranger.
Et l'année dernière il était au Soudan pour faire une mission de formation des médecins et tout. Et cette année il a proposé ça au Sénégal, dans lequel peut être il y a un petit projet pour une formation sage-femme.

C : Oui donc tu as été formatrice aussi avec cette formation-là ?

V : Oui, c'était une matinée, 3h et du coup on a vu un peu le panorama que tu peux trouver et ce qui est carrément important pour une sage-femme de gérer, ce qui est pas très important, dans le sens quelles sont les priorités pour une sage-femme selon lesquelles elle doit travailler en humanitaire. Dépend du milieu où tu es quoi.

C : C'est génial de faire ça !

V : Ouais c'est cool ouais.
Y'avait pas beaucoup de monde mais c'est vraiment l'intérêt, c'est toujours un peu relatif mais c'est bien ouais.

C : Et quand tu rentres de missions, donc l'Ethiopie et Centre Afrique c'était quand même assez long, CAMINOR c'était juste 2 semaines, comment ça se passe quand tu rentres chez toi ? Est-ce que tu discutes facilement avec tes proches, est-ce qu'au contraire t'as plutôt tendance à garder les choses pour toi ? Et quand tu retournes à l'hôpital comment ça se passe, est-ce que tu ressens des modifications à ton retour ?

V : Ouais… Éthiopie moi ça fait déjà 10 ans et j'avais 22-23 ans. C'était pas… oui j'ai pu en parler avec mes proches mais avec ceux qui vraiment été intéressés, c'est toujours comme ça parce que l'humanitaire et tout c'est… bah c'est ouais, y'a des gens que ça intéresse pas beaucoup du coup la gestion ouais c'était assez dur parce que c'était 3 mois, ils avaient beaucoup de pauvreté, beaucoup de maladies, beaucoup de choc pour moi au niveau obstétrical c'était vraiment assez dur. En plus je venais de terminer l'école. Et par contre en Centre Afrique, ouais, en Centre Afrique j'ai parlé beaucoup plus et, parce qu'aussi j'étais entourée de gens qui étaient beaucoup plus intéressés dans ce travail et tout, et en plus en Centre Afrique c'était vraiment le moment un peu chaud du coup en France on parlait beaucoup de ça donc peut être les gens ils étaient un peu plus intéressés. Et après on a eu le soutien d'un psychologue et tout, de MSF, parce qu'évidemment t'étais dans un contexte un peu difficile du coup au niveau du retour de Centre Afrique c'était difficile quoi, parce qu'on avait vécu aussi un peu de combats, on était à la maison en chambre de sécurité du coup le retour c'était assez choquant de tout remettre en place, pour se souvenir et tout.
Et après CAMINOR, bah CAMINOR moi pour moi c'était vraiment difficile à comprendre comment en France il peut se passer des choses comme ça. Et du coup j'étais choquée pour la population. Dans le sens en Ethiopie et en Centre Afrique j'étais choquée… (*hésitation*) vraiment c'était moi qui était choquée, pour ce que moi j'avais vécu… parce qu'en Centre Afrique et en Ethiopie tout le monde était dans la même situation du coup bah… c'était un peu la normalité quoi.
Mais après CAMINOR j'étais choquée (*insiste sur le mot « choquée »*) pour ceux que j'avais laissé, pour les migrants que j'avais laissé vivre dans ces conditions en France.

Et du coup j'étais vraiment beaucoup plus choquée pour ceux que j'avais laissé mais pas pour moi, parce que moi j'avais pas vécu de… des moments choquants quoi.
Mais vraiment j'étais très triste pour les gens que j'avais laissé.

C : Et au niveau, parce qu'à l'hôpital t'es plutôt en salle de naissance, en consultations ?

V : Jusqu'à novembre j'étais beaucoup plus en salle de naissance. Et après ils ont dû un peu réorganiser le service et moi je connaissais très bien toutes les consultations dans les petits villages, parce qu'on se déplace. Et moi j'aime bien, y'a des sages-femmes qui préfèrent les salles de naissance, moi je préfère faire bah les 2 du coup, pour l'instant je suis plus sur les consultations et éducation maternelle avant naissance, des groupes avec les bébés après, et éducation sexuelle au lycée et de temps en temps je fais salle de naissance.

C : D'accord
Et au niveau de ta pratique et de ton relationnel, est-ce que les différentes missions que tu as faites ont modifié quelque chose ? est-ce que ça t'a plutôt apporté des choses ou au contraire plutôt desservi ?

V : Euh non… desservi je dirai pas du tout. Ça m'a aidé à faire vraiment le travail d'équipe. En mission c'est comme à l'hôpital t'as besoin de tout le monde, infirmières, auxiliaires tout le monde tout le monde parce que sinon tu peux rien faire. Et du coup quand tu travailles après dans l'hôpital ou en consultations et tout, même si t'es un peu toute seule mais tu vois réellement que c'est très important pour faire bien travailler le service, du coup ça m'a servi beaucoup.
Et il m'a aidé surtout en Éthiopie et Centre Afrique, bah les 2 missions elles m'ont aidé à me débrouiller avec les petites choses que j'avais, du coup ils ont stimulé beaucoup plus le sens clinique et le… comment tu dis, la clinique, la technique de la médecine quoi.
Oui c'est ça !
Et aussi la réaction, enfin action-réaction quoi (*rires*)

C : Et au niveau du relationnel avec les patientes, est-ce que le fait de travailler avec des populations vraiment défavorisées, que ce soit en Éthiopie ou Centre Afrique dans les contextes de guerre ou justement à CAMINOR avec les populations migrantes, est-ce que pour toi ça modifie des choses par rapport aux patientes que tu retrouves à l'hôpital ?

V : Bah ici il y a beaucoup d'immigration, il y a beaucoup de marocains et on a aussi des africains, ça dépend des régions on a des pakistanais ou des chinois et tout. Mais c'est vrai qu'ils s'approchent quand même des autres cultures du coup t'es beaucoup plus ouverte au partage, à l'écoute, c'est vraiment… bah moi après j'étais toujours intéressée sur ça, mon projet de parcours c'était aussi l'accompagnement, le rôle de la sage-femme pendant la consultation des immigrés, pendant la naissance des personnes immigrées. Bah du coup moi cet aspect je l'ai toujours bien soigné mais les missions elles m'ont aidé à encore plus être à l'écoute et à partager les expériences avec les patientes que j'ai quoi, et les soutenir s'ils ont des problèmes, aussi au niveau logistique, papiers, tu vois, je sens que les laisser un peu dans la merde ça me fait mal quoi. Je suis sage-femme et des fois je prends le téléphone, j'appelle les mecs de la nationalité parce qu'elle parle pas espagnole, dès fois tu l'aides aussi à faire 2-3 papiers, ça me gêne pas de les aider de ce côté-là quoi.

C : Oui, tu as vraiment une prise en charge globale…

V : Oui je pense que ça fait pas du mal, dans le sens où eux ils apprécient et moi ça me coûte rien

C : Ouais et puis effectivement comme tu dis elles apprécient aussi que tu sois pas uniquement fixée sur l'aspect médical et que tu prennes en compte aussi le reste

V : Ouais parce que t'as aussi, ça la soulage, si elle avait des questions ça la soulage parce que tu as pu solutionner des choses tu vois. Je pense aussi c'est ça, c'est un échange humanitaire.

C : Donc tu as fait plusieurs missions, est-ce que tu dirais qu'il y a des différences entre les missions, est-ce qu'il y en a qui sont plus simples que d'autres, est-ce que le fait d'être déjà parti c'est plus simple la fois d'après ou pas forcément ?

V : Euh… bah la première je pense qu'elle est toujours choquant parce que tu sais jamais où tu vas, ce que tu vas voir. Après moi j'étais pas du tout chanceuse avec la première parce que c'était géré par une petite association, c'était un peu la galère parce qu'ils m'ont vraiment laissé un peu toute seule quoi. Du coup j'ai dû me débrouiller pas mal.
Par contre MSF c'était une grande organisation du coup ils étaient bien cadrés, au niveau sécurité, au niveau logistique. T'avais des réunions pour expliquer ça et blablabla, très carré quoi. Du coup je pense que si j'avais eu ça en première mission ça aurait été très cool quoi. Et du coup ouais… c'était très différent pour ça parce que vraiment la première c'était un peu la galère. Au niveau organisation j'ai dû tout mettre en place, je savais pas quoi faire, j'ai dû vraiment analyser les priorités, bon c'est pas facile quoi, la première c'est pas facile.

C : Et comment tu choisis tes missions ? Est-ce que c'est en général du hasard ou c'est des recherches assez longues et tu pars sur une mission que vraiment toi t'as choisi ou tu te dis « bon voilà j'ai un peu de temps je vais faire une mission » et tu regardes ce qui est proposé à ce moment-là ?

V : Non en Éthiopie c'était un peu par hasard parce que j'ai commencé à chercher après avoir fait l'école, pendant que je faisais l'école je pense. J'ai commencé à chercher des missions qui pouvaient intéresser une sage-femme pour collaborer et je suis tombée sur cette asso italienne du coup je suis partie avec, je me suis pas posée beaucoup de questions, je me disais « bon voilà on y va » en plus j'étais dispo et tout.
Après l'autre, MSF, j'avais l'occasion déjà d'avoir travaillé 5 ans, du coup il m'a permis d'accéder au recrutement de MSF et c'était Centre Afrique parce que c'est la première qu'ils m'ont proposée. En fait pendant les 2 semaines de formation premier départ t'as… on dit comme ça un manager qui t'aide un peu à, selon tes disponibilités et tes envies aussi, il t'aide un peu à choisir où tu vas. Et bah en fait, comme je parlais français, un peu d'anglais, espagnol et tout, bah en fait ils avaient tout de suite besoin d'une sage-femme en Centre Afrique et ils ont donné mon CV à MSF France et du coup ils ont essayé de me faire passer comme ça. Parce qu'en fait moi je pouvais pas partir parce que pour une première mission tu peux pas faire une urgence mais comme j'avais déjà fait une mission en Éthiopie 5 ans avant bah du coup j'ai pu partir avec eux en Centre Afrique mais c'était beaucoup le hasard, en fait c'est eux qui choisissent au début.
C'est MSF qui choisit.
Et CAMINOR c'était parce que… je sais pas comment je suis tombée sur GSF, je me souviens plus, mais… ah oui oui, bah avec l'ordre des sages-femmes GSF, je suis tombée dedans, dans le site web et tout, j'ai commencé à farfouiller un peu, à voir et puis à un moment j'ai cherché des missions humanitaires en France et en Espagne, avec Médecins du Monde, avec GSF parce que je me suis dit « j'ai des petites disponibilités, de 1 ou 2 semaines, pourquoi pas, ou 1 ou 2 jours par semaine, pourquoi pas collaborer avec des organisations du coup humanitaires mais en France et en Espagne ? » et du coup j'ai vu GSF et ils avaient besoin ces deux semaines-là, j'ai donné ma disponibilité parce que je pouvais pas donc c'était un peu par hasard, j'ai pas vraiment choisi en fait.

C : Et est-ce que tu saurais expliquer un peu pourquoi cette envie de faire de l'humanitaire ? Quelles sont tes motivations pour t'engager dans l'humanitaire ?

V : Euh… (*réflexion)* parce que… en général c'est l'intérêt vers les autres cultures, premièrement c'est ça, c'est vraiment comprendre comment ils vivent, comment ils s'organisent, moi je suis toujours très intéressée pour ça. Et après, comme j'ai fait une école de sage-femme humanitaire et tout bah, je me suis dit pourquoi pas mettre à disposition mes connaissances pour des populations qui ont besoin ou qui, vraiment ils arrivent pas à gérer leur situation, que ce soit en urgence ou sur du long terme. Du coup pourquoi pas le mettre à leur disposition quoi. Ça peut être en Éthiopie, en Centre Afrique, en France, en Espagne ou…
(*Silence*)

C : Et tes études tu les as faites où ?

V : En Italie.

C : D'accord. Et tu disais école de sage-femme humanitaire, c'est vraiment une école spécialisée dans les sages-femmes humanitaires ou toi tu as fait la formation en plus à côté ?

V : Non non non, moi j'ai fait la formation de sage-femme et pendant la dernière année je me suis intéressée un peu à l'humanitaire du coup j'ai fait tous des petites formations avec la Caritas quand j'étudiais encore sage-femme et du coup après c'était tout de suite, j'ai enchaîné avec l'Éthiopie mais euh non, j'ai pas directement choisi l'humanitaire mais je savais qu'il aurait fait parti de ma carrière professionnelle.

C : Et tu as fait du bénévolat dans ton enfance, ta jeunesse ?

V : Euh… bénévolat… non j'ai toujours travaillé en fait à côté de l'école, au lycée, j'ai commencé à travailler à 16 ans mais j'ai fait des petits boulots du coup bénévolat non. J'aidais ma mère, ma mère elle est pédiatre, du coup pendant l'école j'allais des fois soigner des personnes âgées, faire des piqûres si besoin, c'était du bénévolat parce que tant que j'avais pas terminé l'école j'étais pas rémunérée mais c'était surtout parce que ma mère elle disait « bah cette personne elle a besoin peut être de faire la toilette » tu sais des petites choses comme ça mais non j'ai jamais fait de bénévolat vraiment non.

C : Et ta mère elle est dans l'humanitaire ? Il y a d'autres gens dans ton entourage qui faisaient de l'humanitaire ou qui en font encore ?

V : Non ma mère elle a toujours fait pédiatrie mais c'était, elle a jamais eu l'occasion mais je pense qu'elle aurait bien aimé. Mais ma mère elle était toujours très généreux au niveau… en fait on habite un peu en périphérie de Rome, mais elle a toujours très reconnue dans son quartier et très généreuse, très… elle a toujours très travaillé pour tout le monde… l'humanitaire elle a jamais fait mais je pense qu'elle a pas eu l'occasion avec 3 enfants et tout mais euh… je pense qu'elle aurait bien aimé oui.
Mais non dans mon entourage le plus proche non non…

C : Oui c'est plus quelque chose qui t'est venu pendant les études ?

V : Oui après on parlait avec des copains, un copain qui travaille beaucoup pour la Croix Rouge mais lui il a fait sciences politiques, il fait de l'humanitaire aussi mais vraiment d'un autre côté quoi, sur un autre matière. Du coup avec lui oui on parlait beaucoup mais c'était vraiment un autre contexte.

C : Et après le Sénégal tu penses repartir ou plutôt, tu sais tout à l'heure tu disais « j'essayais de voir si on pouvait faire 1 jour par semaine »

V : Ouais c'est ça qu'en fait je voulais faire. J'ai pensé, s'il y a des organisations, je suis en train de chercher aussi par ici des personnes, des organisations ou quelque chose qui… des associations qui organisent un peu des gardes, d'être à côté des personnes âgées pour les soigner, la nuit, faire la toilette, bah des trucs comme ça.
J'ai pensé surtout à m'approcher des personnes âgées parce qu'aussi c'est un intérêt qui m'est sorti pendant la dernière année aussi… j'étais toujours du côté naissance, côté bébé et tout mais je vois aussi que les personnes âgées ont besoin de beaucoup de compagnie et de soutien et du coup dès fois la famille est pas très proche donc je voulais chercher un peu pour ce côté-là et sinon faire aussi des consultations un peu dans les milieux un peu périphériques des grandes villes tu vois c'est toujours dans la possibilité de me déplacer.

C : Bah tu as plein de projets en tête

V : Ouais (*rires*) faut avoir le temps !

Remerciements & fin de l'entretien

L'engagement humanitaire chez les sages-femmes : motivations et impact des missions de courte durée

Résumé

Cette étude a pour but de déterminer les motivations et processus d'engagement des sages-femmes sur une mission de courte durée ainsi que l'éventuel impact qu'elle peut avoir sur les compétences professionnelles de ces professionnelles de santé au retour de leur(s) mission(s).

Elle est basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de 11 sages-femmes ayant au moins réalisé une mission de 2 semaines de prise en charge psycho-médico-sociale auprès des réfugiés et migrants de la région des Hauts-de-France. 2 groupes ont pu être formés :

Le premier groupe, constitué des sages-femmes ayant uniquement réalisé cette mission particulière.

Le second, composé des sages-femmes ayant également réalisé d'autres missions, qu'elles soient courtes ou longues.

Elle met en évidence une grande hétérogénéité quant au profil de ces sages-femmes, des processus d'engagement similaires à ceux de l'engagement humanitaire en général, ainsi qu'une modification des pratiques professionnelles au retour de mission essentiellement basée sur le versant psychosocial de la profession.

Mots-clés : engagement humanitaire, missions courtes, pratiques professionnelles, sages-femmes

Abstract

This study's aim is to determine the motivations and engagement process of the mid-wives during short missions as well as the possible impact it might have on their professional capacities once returned.

This study is based on semi-conducted interviews with 11 mid-wives having completed a minimum of one psycho-medico-social take in of refugees or migrants for 2 weeks in the Hauts-de-France region.

They were divided in 2 groups :

The 1st one was made up of mid-wives that had only worked on this specific mission.

The 2nd one was made up of mid-wives that had also worked on other missions, whether short or long.

The study shows a wide heterogeneity when it comes to the mid-wives' profil. Their engagement process is similar to that of humanitarian engagement in general. The study also showed a change in the way they practice their skills, with an emphasize on the psychosocial side of their work.

Keywords : humanitarian engagement, show term missions, professional practices, mid-wives

Auteur : Clémence DECUYPER
Diplôme d'État de sage-femme, année 2017-2018