



HAL
open science

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés du vécu des sages-femmes en mission humanitaire lors de situations d'urgence

Charlotte Chomel

► To cite this version:

Charlotte Chomel. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés du vécu des sages-femmes en mission humanitaire lors de situations d'urgence. Gynécologie et obstétrique. 2023. <dumas-04404893>

HAL Id: dumas-04404893

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04404893v1>

Submitted on 19 Jan 2024

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

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



HAL Authorization

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS DU VÉCU DES SAGES-
FEMMES EN MISSION HUMANITAIRE LORS DE SITUATIONS D'URGENCE**

MÉMOIRE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Par Mme Charlotte CHOMEL

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 29/08/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. Lionel DI MARCO

Membres :

Mme le Pr Pascale HOFFMANN (vice-présidente)

Mme Muriel FARNAULT (directrice de mémoire)

Mme Claudine MARTIN (co-directrice de mémoire)

Mme Marion OUIDIR

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS DU VÉCU DES SAGES-FEMMES EN MISSION HUMANITAIRE LORS DE SITUATIONS D'URGENCE

Résumé

Objectifs : Les crises mondiales qui se multiplient, engendrent un recours croissant à l'aide humanitaire. L'accès aux soins étant restreint dans beaucoup de pays, il entraîne un taux important de mortalité maternelle et infantile. Les besoins en sages-femmes lors de missions en contexte humanitaires sont grands.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de neuf sages-femmes dans le but de comprendre leur vécu lors de ces missions déracinantes, et notamment sur leur vécu lors de situations d'urgence, au travers de la réanimation néonatale.

Résultats : Quelques déterminants du vécu des sages-femmes en mission humanitaire sont : l'importance de l'organisme encadrant le départ en mission afin d'être bien encadrée, l'intégration au pays indispensable pour collaborer avec les équipes locales, comprendre et accepter les décisions prises lors de dilemmes éthiques.

Conclusion : Ce sont des expériences qui ont marqué à vie les sages-femmes. Elles recommandent vivement de vivre une telle expérience, et d'arriver avec un esprit ouvert et humble.

Mots Clefs : sage-femme, humanitaire, vécu, situation d'urgence.

QUALITATIVE STUDY WITH SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS ABOUT THE MIDWIVES EXPERIENCES ON HUMANITARIAN MISSION DURING THEIR EMERGENCY SITUATIONS

Abstract

Objectives : There are more and more mondial crises, which increases the need for humanitarian aid. Access to medicals being difficult in many countries around the world, it leads to the increase of the maternal and infantile mortality rates. The need for midwives on humanitarian missions is high.

Method : We led a qualitative study, by semi-structured interviews of nine midwives, in order to understand their experience during these uprooting missions, and especially their experience during emergency situations, with the example of the neonatal resuscitation.

Results : Few examples of circumstances that determined their experiences and feelings are : the importance of the association with which they went on their mission (in order to be well supervised), the integration to the local culture and traditions is essential to work with the local teams, to understand and accept the decisions that are made in ethical dilemmas.

Conclusion : The missions experiences left their mark on the midwives. They highly recommend living such an experience, and to live it openmindedly, with a humble mindset.

Keywords : midwife, humanitarian aid, experience, emergency situations

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- M. Lionel Di Marco, Sage-Femme PhD, Coordonnateur en Maïeutique, Département de Maïeutique, UGA
- Mme la Professeure Pascale Hoffmann, PU-PH, Gynécologie-Obstétrique, CHUGA / UGA
- Mme Muriel Farnault, Sage-Femme, Clinique Mutualiste de Grenoble
- Mme Claudine Martin, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA
- Mme Marion Ouidir, Sage-Femme PhD, Institute for Advanced Biosciences, Centre de Recherche UGA, Inserm U1209, CNRS UMR 5309

Je tiens à remercier Madame Muriel Farnault, ma directrice de mémoire, d'avoir accepté de diriger la rédaction de ce travail. Merci d'avoir, par ta passion, renforcé mon engouement pour l'humanitaire.

Je remercie Madame Claudine Martin, enseignante à l'école de sages-femmes de Grenoble d'avoir co-dirigé ce mémoire, pour son temps et ses précieux conseils.

Je remercie toutes les sages-femmes qui ont accepté et pris le temps de me livrer leurs témoignages. Ils m'ont touché et inspiré. Ils m'ont également permis de mieux me projeter dans ma future pratique.

Plus personnellement, je remercie ma famille pour leur amour et leur soutien indéfectible tout au long de mes études.

Pour finir je remercie Laurianne et Pierre-Louis pour leurs conseils avisés.

Table des matières

Glossaire.....	1
Introduction.....	2
1. État des lieux des besoins en humanitaire.....	2
1.1. Généralités.....	2
1.2. Mortalité maternelle.....	2
1.3. Mortalité infantile.....	3
2. L'aide humanitaire.....	4
3. La formation à la réanimation néonatale.....	5
Méthode.....	7
1. Choix de la méthode.....	7
2. Recrutement.....	7
3. Déroulement des entretiens.....	8
Résultats.....	9
1. Les entretiens.....	9
2. Profil des sages-femmes.....	9
2.1. Informations générales.....	9
2.2. Coursus professionnel et formation initiale.....	10
2.3. Formation initiale.....	11
2.4. Projets de vie et attentes.....	12
3. Le départ.....	12
3.1. Appréhensions avant de partir.....	12
3.2. Organisme.....	13
3.3. Formations supplémentaires.....	13
3.4. Rôles lors des missions.....	14
4. La réanimation néonatale.....	15
4.1. Les difficultés rencontrées.....	16
4.2. Leur ressenti.....	21
4.3. Ce qui les a aidé.....	24
5. Ce qu'elles ont tiré de l'expérience.....	27
5.1. De leurs missions humanitaires.....	27
5.2. De la réanimation.....	28
Discussion.....	29

1. Discussion méthodologique.....	29
1.1 Recrutement.....	29
1.2. Les entretiens.....	29
1.3. L'analyse.....	29
2. Avant de partir.....	30
2.1. Expérience préalable.....	30
2.2. Choix de l'organisme.....	30
3. La mission.....	31
3.1. Les rôles.....	31
3.2. Le positionnement.....	31
4. La réanimation néonatale.....	32
4.2. L'interculturalité.....	32
Conclusion.....	35
Références bibliographiques.....	37
Annexe 1.....	40
Annexe 2.....	41

Glossaire

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
DIH	Droit International Humanitaire
SF	Sage-Femme
AMD	Aide Médicale et Développement
GSF	Gynécologie Sans Frontière
MSF	Médecin Sans Frontière
MDM	Médecin Du Monde
DU	Diplôme Universitaire

Introduction

« Dans notre salle d'attente, 2 milliards d'hommes. » (Affiche publicitaire de MSF, 1978) (1)

1. État des lieux des besoins en humanitaire

1.1. Généralités

Nous vivons une époque où les disparités sociales vont croissantes, ainsi que les disparités médicales.(2) Les disparités sociales, les crises politiques, les catastrophes naturelles, les épidémies, engendrent un recours croissant à l'aide humanitaire. Le rapport de Stratégie humanitaire de la République Française pour 2018-2022 du ministère des affaires étrangères stipule que 128 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire.(3)

1.2. Mortalité maternelle

Les femmes sont particulièrement touchées par les besoins humanitaires. En effet elles sont à risque de complications et de décès tout au long de leur maternité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2020 le taux de mortalité maternelle dans les pays à revenu faible était de 430 pour 100 000 naissances vivantes, contre 12 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays à revenu élevé, soit 800 femmes par jour dans le monde.(4) Pour rappel la mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme lié à des complications de la grossesse ou de l'accouchement du début de sa grossesse à six semaines post-partum.(5) L'objectif de l'OMS pour 2030, est d'atteindre un taux de mortalité maternelle mondial inférieur à 70 pour 100 000 naissances vivantes, sans dépasser 140 pour 100 000 naissances vivantes dans aucun pays.

Ces disparités selon les pays sont liées notamment au manque de suivi des femmes au cours de la grossesse, mais également au manque de soins lors de l'accouchement et du post-partum. Dans les pays dit « développés », 99 % des accouchements ont lieu en présence d'une sage-femme ou d'un médecin. Dans les pays à faibles revenus, seulement 68 % des naissances ont lieu en présence d'un professionnel de santé qualifié. L'accès au soin limité dans certains pays, les faibles revenus, le faible niveau d'éducation, mais également, la désorganisation de certains systèmes de santé permettent, en partie, d'expliquer cette différence. (6)

Voici quelques exemples (sous forme de tableau) de la densité de personnel soignant, basés sur les données de 2018 à 2021 de la Banque Mondiale. Ce tableau représente le nombre d'infirmières et de sages-femmes pour 1 000 habitants, ainsi que le taux associé de mortalité maternelle et infantile.(7-9)

Lieux	Nombre d'infirmières/ sages-femmes	Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes
France	11,8	8	3
Minimum mondial	0,1 (Somalie)	1 (Biélorussie)	2 (Plusieurs pays d'Europe + Japon)
Maximum mondial	22,3 (Finlande)	1 223 (Soudan du Sud)	78 (Sierra Leone)
Union Européenne	9,5	6	3
Afrique subsaharienne	1,3	536	50
Médiane mondiale	4,0	223	28

1.3. Mortalité infantile

Nous savons qu'au début du XXème siècle, la mortalité infantile s'élevait en France à 150 décès pour 1000 naissances vivantes. Grâce aux avancées de la médecine, aux découvertes thérapeutiques, et aux moyens de prévention mis en place, ce chiffre a décliné en France pour atteindre 3,4 décès pour 1000 naissances vivantes, dont 50 % décèdent à moins de 7 jours de vie. (10) Si l'Europe a un taux aussi bas que la France, il n'en est pas de même pour le reste du monde comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessus. En effet l'accès au soin garanti par notre système de santé, n'est pas partagé par tous les pays, et il en résulte de grandes disparités notamment dans les taux de mortalité infantile. En Afrique subsaharienne, on dénombre 50 décès pour 1000 naissances vivantes, soit quinze fois plus qu'en France. (9) Le taux de mortalité infantile d'un pays est un facteur très important à étudier car il est le reflet du développement social et économique du pays. (11)

En 2016, dans le monde, l'OMS recense 5,4 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans, principalement de causes évitables, soit 17000 décès d'enfants par jour. La même année, elle recense 2 millions de mortinaissances (pour rappel, une mortinaissance est le décès d'un bébé entre 28 semaines de grossesse, et l'accouchement), dont 40 % décèdent lors du travail et de l'accouchement. Nous voyons encore une fois les disparités car 84 % de l'ensemble des mortinaissances ont lieu dans les pays à faible revenu. (12-14)

Nous venons de voir que la grossesse, l'accouchement et les premières années de vie sont des moments à risque pour la santé de l'enfant. De nombreuses vies pourraient être sauvées grâce à un accès aux soins facilité lors de ces périodes à risque. (15)

En 2014, le plan « chaque nouveau-né » a été mis en place par l'Assemblée mondiale de la Santé visant à ramener mondialement le taux de mortalité à moins de 12 pour 1000 naissances d'ici 2030. Cependant beaucoup de pays n'ont pas encore atteint cet objectif.(12) Nous voyons ainsi que les besoins en actions humanitaires sont immenses. Pour palier à un défaut d'infrastructure médicale et afin d'optimiser l'accès aux soins, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) se sont développées. Voyons maintenant l'origine de celles-ci.

2. L'aide humanitaire

Nous pouvons créditer Monsieur Henry Dunant d'être à l'origine, non seulement de la première ONG, mais également du Droit International Humanitaire (DIH). En effet, en 1856 lors de la bataille de Solferino, il a été l'instigateur des secours portés aux nombreux blessés, avec comme particularité de secourir les blessés des deux camps sans distinction.(16) Suite à cette bataille, restée gravée dans sa mémoire, il réunit une commission en 1863, le Comité des Cinq à Genève, pour discuter de plans d'action de secours aux victimes lors de conflits armés. Ce Comité deviendra le Comité International de la Croix Rouge (CICR) qui est le précurseur de ce que deviendra la Croix Rouge. L'année suivante, ce comité réunit 16 gouvernements et donna lieu en 1864 à la première Convention de Genève. Celle-ci représente la naissance du Droit International Humanitaire. Ses deux grands principes sont de tenir les civils en dehors du conflit, et de secourir sans distinction les blessés. Le DIH évoluera avec les différentes Conventions de Genève.(17,18)

Ce furent le début des actions humanitaires organisées telles qu'on les connaît, avec la Croix Rouge comme première ONG créée. Plus tard, les ONG se sont multipliées et développées suite aux guerres mondiales, pour faire face aux besoins des populations appauvries et affaiblies qui avaient besoin d'aide humanitaire. Définissons maintenant ce que nous entendons par aide humanitaire.

L'aide humanitaire consiste en actes de solidarité et d'humanité envers des populations dans le besoin. L'objectif des actions humanitaires est « d'assurer assistance et protection aux personnes vulnérables, et de répondre aux besoins des populations en danger ».(19) Les valeurs des actions humanitaires sont la *neutralité*, *l'impartialité*, *l'indépendance* et *l'humanité*. Elle peut être apportée par des ONG, ainsi que par des gouvernements, en effet, l'action humanitaire est un des piliers de la politique étrangère française.(3) Un écueil des projets humanitaires serait de vouloir changer et remodeler une société selon nos valeurs. Le but est simplement d'apporter une aide de moyens ou de connaissances aux structures et organisations déjà en place.(20)

L'aide humanitaire peut se décliner de plusieurs manières. Nous allons parler des missions en contexte humanitaire et différencier les deux grands types de missions : les missions humanitaires d'urgence et les missions de développement.

Les missions d'urgence ont pour but de répondre à un besoin soudain et urgent. Elles sont limitées dans le temps, le temps que la crise se résolve. Elles peuvent répondre à une crise politique, sanitaire ou climatique.

Les missions de développement dans le domaine de la santé, sont des missions de longue durée, qui ont pour but de mettre en place ou d'améliorer des structures de santé déjà existantes, d'apporter une formation aux professionnels de santé locaux, et de favoriser la prévention...

Ayant personnellement le projet de travailler dans l'humanitaire, j'ai échangé avec de nombreuses étudiantes sages-femmes, ainsi que sages-femmes, ayant ce même projet professionnel. Il est apparu de façon récurrente que le frein principal pour se lancer, était la peur des situations d'urgence, de se retrouver seule, sans matériel et démunie.

Ainsi je me suis demandée comment les sages-femmes en contexte de mission humanitaire vivaient les situations d'urgence, ce qui déterminait leur vécu, et ce qui les aidait. J'ai pris comme exemple, une des situations d'urgence les plus fréquentes : la réanimation néonatale. C'est pourquoi je me suis posée la question suivante :

Mission humanitaire et situation d'urgence ; quel est le vécu des sages-femmes au travers de la réanimation néonatale ?

3. La formation à la réanimation néonatale

Nous trouvons dans l'Article R 4127-318 du Code de Déontologie des sages-femmes : « *La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer [...] la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin* ». (21) Le collectif des associations et des syndicats de sages-femmes a voulu établir en 2010 avec la collaboration du CNOSF, un référentiel métier des compétences de la sage-femme. Huit situations types ont été mises en avant comme étant spécialement représentatives du métier de sage-femme, parmi lesquelles : « *Réaliser une réanimation néonatale du nouveau-né* ». (22) Nous avons établi qu'en France la réanimation néonatale fait partie intégrante du rôle de la sage-femme, ainsi toutes les écoles dispensent une formation à ce sujet.

S'il en est ainsi pour la formation d'une sage-femme française, il n'en est pas forcément de même dans tous les pays. Dans certains pays, la formation est une spécialisation du diplôme d'infirmière, abordant principalement des notions d'obstétrique, et peu de pédiatrie. Dans d'autres régions du monde, les parturientes ne sont pas suivies par des sages-femmes ou des infirmières spécialisées diplômées, mais par des matrones ou accoucheuses, dont le niveau de formation est limité et dont le savoir se transmet de manière empirique. Ainsi, on ne peut garantir de leurs connaissances en réanimation néonatale. De ce fait, elles ne sont pas incluses dans les données du tableau cité plus haut, concernant le personnel soignant qualifié. Lors des missions à l'étranger, les sages-femmes françaises seront ainsi amenées à travailler avec des sages-femmes locales, des infirmières, des matrones ou des accoucheuses traditionnelles étant, pour la plupart, peu ou non formées à la réanimation néonatale, et n'ayant, de surcroît, aucune formation continue sur ce sujet.

Méthode

1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative qui est descriptive, reposant sur l'étude d'entretiens semi-dirigés. C'est une étude rétrospective car nous avons interrogé des sages-femmes sur leur expérience passée. Nous avons utilisé une approche psychologique pour étudier le vécu des sages-femmes.

La population d'étude est constituée de sages-femmes diplômées en France ayant réalisé au moins une réanimation néonatale en contexte de mission humanitaire, et ne s'opposant pas à l'utilisation de leur données.

Les entretiens ont été des entretiens semi-dirigés pour laisser une liberté de réponse plus importante aux sages-femmes qu'avec un questionnaire, et leur laisser la possibilité d'aborder de nouveaux thèmes non anticipés. Les entretiens ont été basés sur la grille d'entretien préalablement construite, constituée de trois questions principales, et de nombreuses questions de relance (cf grille d'entretien en annexe 1). La grille a été testée lors d'un premier entretien test, afin d'affiner les questions et de vérifier qu'elles soient compréhensibles et pertinentes. Suite à cet entretien, la grille de question a très peu été modifiée, donc nous avons décidé d'intégrer cet entretien dans l'étude.

Les entretiens ont ensuite été analysés selon la théorie ancrée qui a permis de traiter les données par différents thèmes qui sont ressortis des propos des sages-femmes. Ils ont été analysés dans un premier temps de manière dite verticale, entretien par entretien pour repérer les idées générales. Dans un second temps j'ai réalisé une analyse dite horizontale pour une analyse thématique transversale des axes et thèmes récurrents.

Pour enrichir notre étude, notre recrutement comprend une grande variation des interviewées, nous avons interrogé des sages-femmes de différents horizons, des sages-femmes venant de différents endroits de France, et ayant été en mission humanitaire dans différents pays, pour avoir des récits de vécus différents.

2. Recrutement

Le nombre d'entretiens nécessaires à une saturation des données a été estimé entre huit et dix. Le cas échéant, le nombre maximal d'entretiens était fixé à dix. Douze sages-femmes ont répondu favorablement à la demande d'entretien. Trois sages-femmes n'ont finalement pas pu donner suite, une pour raison familiale, une autre pour changement d'avis, puis pour non réponse aux mails de relance pour la dernière. Neuf entretiens ont pu être réalisés, entre octobre 2022 et janvier 2023.

Les sages-femmes ont été recrutées par le biais de différentes personnes ; tout d'abord ma directrice a été intégrée à l'étude et m'a donné le contact d'une autre sage-femme. Ma co-directrice m'a également donné un contact de sage-femme. Un enseignant sage-femme m'a donné le contact de deux sages-femmes, et une sage-femme enseignante m'a donné le contact d'une autre. Les autres sages-femmes ont été recrutées par des contacts que j'ai eu dans différents stages, puis une dernière par réseau amical personnel.

J'ai également contacté les ONG de Gynécologie sans frontières, Médecins du monde, et La Croix Rouge, qui n'ont pas donné suite à ma demande de contact.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont duré entre 16 et 59 minutes, avec une médiane à 32 minutes. Ils ont été réalisés en présentiel quand cela était possible, pour six sages-femmes, ou par appel téléphonique pour trois sages-femmes qui habitaient loin. Parmi les six entretiens en face à face, pour deux sages-femmes c'était au calme sur leur lieu de travail, pour une c'était chez elle, pour une chez moi, une autre chez son amie, et pour la dernière à son hôtel avec du passage. Pour les trois entretiens au téléphone, nous avons la vidéo pour un seul des entretiens.

Au début de chaque entretien, leur consentement (cf annexe 2) leur a été demandé à propos de l'enregistrement et de l'utilisation de leur données, avec l'information qu'après la soutenance de mon mémoire leurs données seront supprimées. J'ai ensuite retranscrit les audios, en les anonymisant avec une lettre (exemple SF A). Enfin j'ai analysé les entretiens seule.

Résultats

1. Les entretiens

Les neuf sages-femmes interviewées ont été anonymisées. Voici un tableau représentant différentes caractéristiques des entretiens effectués.

	Durée en minutes	Lieu de l'entretien	Calme	Contact par
SF A	44	Son lieu de travail	Oui	Directrice de mémoire
SF B	25	Son domicile	Relativement	Sage-femme enseignant 1
SF C	22	Au téléphone	Oui	Directrice de mémoire
SF D	32	Dans son hôtel	Non, du passage.	Sage-femme enseignante 2
SF E	25	Chez moi	Oui	Un contact en stage
SF F	16	Son lieu de travail	Oui	Une sage-femme en stage
SF G	59	Au téléphone	Oui	Sage-femme enseignant 1
SF H	34	Au téléphone	Oui	Réseau amical personnel
SF I	32	Chez son amie	Oui	Co-directrice

2. Profil des sages-femmes

2.1. Informations générales

	Age	Année de diplôme	Lieu de diplôme
SF A	45 ans	2001	Grenoble
SF B	39 ans	2007	Lyon
SF C	38 ans	2015	Bordeaux
SF D	38 ans	2008	Nancy
SF E	25 ans	2021	Bordeaux
SF F	34 ans	2012	Montpellier
SF G	39 ans	1998	Lyon
SF H	30 ans	2015	Poissy
SF I	60 ans	1985	Grenoble

2.2. Coursus professionnel et formation initiale

Avant leur départ pour leur première mission en contexte humanitaire, huit sages-femmes ont commencé par exercer en France : six en métropole, une à Mayotte, et une en Guyane puis à Mayotte. Une sage-femme est partie directement après l'obtention de son diplôme. Cinq sages-femmes ont travaillé deux ans ou moins avant de partir. Deux sages-femmes sont parties au bout de quatre ans, et une au bout de huit ans d'exercice.

Suite à leur expérience dans l'humanitaire, quatre sages-femmes exercent en milieu hospitalier, une n'exerce plus, deux exercent en libéral, une partage son activité entre milieu hospitalier et libéral, et une ne travaille plus que pour une ONG humanitaire.

Voici un tableau résumant l'expérience humanitaire des sages-femmes interviewées, avec leur lieux de missions, et les organismes avec lesquelles elles sont parties. Les durées de leurs missions sont comprises entre deux semaines et deux ans.

	Lieu de résidence	Nombre de mission	Lieu de missions	ONG ou association
SF A	Grenoble	15	Mali 2003 (2 mois et demi), Sénégal, Guinée, Arménie	Passeport pour une naissance, AMD
SF B	Valence	2	Sénégal 2011 (1 mois), Jordanie 2013 (1 mois)	Passeport pour une naissance, GSF
SF C	Île de la Réunion	2	Calais 2019 (2 semaines), Sénégal (1 mois)	GSF, AMD
SF D	Toulouse	13	Guinée Conakry 2011 (6 mois), Kenya, Congo, Syrie, Philippines, Tchad, Bateau dans la Méditerranée, Sierra Leone, Haïti	MSF
SF E	Lyon	1	Tchad 2021 (1 an)	Chemin Neuf
SF F	Grenoble	1	Jordanie 2013 (3 semaines)	GSF
SF G	Romans	3	Haïti (2 ans), Afghanistan (x2) 2003 (5 mois, et 9 mois)	Service de Coopération au Développement, MDM Canada
SF H	Poissy	1	République Démocratique du Congo 2019 (2 mois et demi)	Pas d'association
SF I	Grenoble	15	Mauritanie, Burundi, Rwanda, Angola, Tadjikistan, Sri Lanka, Iran, Afghanistan, Côte d'Ivoire, Liberia, Nigéria.	MSF

Répartition géographique des missions effectuées par les sages-femmes interviewées.



Parmi les 25 pays représentés nous voyons une prépondérance de pays d'Afrique.

2.3. Formation initiale

Certaines sages-femmes interrogées, avaient passé un Diplôme Universitaire (DU) avant de partir, deux sages-femmes ont passé un DU de médecine traditionnelle chinoise d'acupuncture obstétricale, une a passé un DU d'échographie, et une a passé un DU de médecine tropicale, un DU de pathologie infectieuse de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né, un DU de prise en charge des grossesses à risque, un DU de formation en simulation, et la formation ALSO : l'advanced life support of obstetrique, qui est une formation aux urgences obstétricales. Une autre avait un DU de médecine tropicale et méditerranéenne.

2.4. Projets de vie et attentes

La question leur a été posée, de savoir si c'était un projet de vie professionnel, ou une opportunité. Pour huit sages-femmes, partir en mission humanitaire était un projet de vie depuis longtemps, pour certaines ce désir était la raison d'avoir choisi le métier de sage-femme qui est

«un métier passeport pour découvrir le monde» SF G. Une sage-femme ne le définit pas comme projet de vie mais plutôt comme un intérêt particulier, qui s'est concrétisé lorsqu'une opportunité s'est présentée.

Les motivations pour partir étaient diverses :

«Oui, découvrir totalement un nouveau pays, une autre culture, partir à la rencontre de l'autre, et pouvoir mettre au service aussi ce que je savais, être confrontée à la pauvreté, vivre plus simplement», SF E.

«Je suis partie dans l'optique de découvrir ce que c'était, et d'essayer d'apprendre pleins de choses. Je travaille avec une population de patientes beaucoup issues de l'immigration de l'Afrique et du coup ça m'intéressait vraiment de connaître leurs conditions d'accouchements dans leurs pays [...] d'essayer de moi pouvoir apporter un petit quelque chose, mais sans être dans une position où j'arrive pour forcément changer tout», SF H.

3. Le départ

3.1. Appréhensions avant de partir

Avant de partir pour leur première mission humanitaire, malgré le fait que certaines sages-femmes disaient ne pas bien réaliser ce qui allait arriver, et ne s'attendre à rien, une seule sage-femme n'évoque pas de crainte.

«J'avais pas trop peur parce que j'étais jeune et j'avais l'impression que j'allais tout gérer, ça me stressait pas trop parce que j'étais pas seule, on était quand même une équipe », SF F.

Les huit autres sages-femmes ont évoqué certaines appréhensions :

- d'ordre professionnel :

- de ne pas être à la hauteur, qu'on attende d'elle plus qu'elle ne sache faire : « je m'étais un peu projetée dans ce moment où on aurait besoin de compétences supplémentaires, et que toi tu les as pas », SF H.

- du manque de moyen. Certaines craintes se sont avérées infondées « je m'étais préparée à me dire que peut-être je ferai du bouche à nez finalement pas du tout, il y avait presque plus de matériel que ce à quoi je m'attendais », SF E.

- de se retrouver seule professionnellement

- de ne pas réussir à sauver des patientes, et les voir mourir

- d'ordre personnel :

- plongeant vers l'inconnu

- de la séparation avec son conjoint

- d'ordre relationnel :

- de la barrière de la langue locale

- de ne pas être très bien accueillie

- de l'entente dans l'équipe : « la seule crainte principale que je pouvais avoir c'est que j'espérais de bien m'entendre avec les personnes qui étaient sur place, pour qu'il y ait un but commun », SF C.

3.2. Organisme

Le choix de l'organisme de départ semble avoir été un choix important et réfléchi. Pour une sage-femme, elle attendait de trouver « *une association qui corresponde à moi, à l'image que je m'en faisais.* » SF C.

« *J'ai envoyé des CV uniquement dans les associations qui faisaient exactement ce que moi j'avais prévu de faire, je ne voulais pas partir dans des grosses associations énormes en étant juste un pion, je voulais juste travailler avec des gens de terrain* », SF A.

Pour certaines, elles ont été très satisfaites de l'organisme avec laquelle elles sont parties, qu'elles ont trouvé très encadrantes et soutenantes.

« *J'ai bien été accompagnée par l'association qui avait anticipé beaucoup plus de choses que ce que j'aurais pu anticiper* », SF C.

D'autres ont eu de moins bonnes expériences, et ne sont pas reparties avec le même organisme pour une deuxième mission. Une sage-femme a mal vécu sa première mission avec un petit organisme, elle était partie en binôme avec une infirmière qui ne respectait aucune recommandation, et qui était sa supérieure hiérarchique. Elle s'était sentie très seule, et avait fait le choix pour sa mission suivante de partir en équipe avec une ONG beaucoup plus grande. Un avantage qu'elle a relevé à travailler avec une plus grande association est :

« *Le fait que ce soit une ONG, on avait quand même du matériel qui transitait, on avait quand même beaucoup de matériel, on était sous une tente mais on avait quand même des monitorings* », SF B.

Une autre sage-femme a eu un vécu négatif avec une grande ONG, et a même dû écourter la durée prévue de sa mission : « *J'ai démissionné en Afghanistan au bout de 5 mois parce que je n'étais pas en accord du tout avec mon ONG au niveau politique.* » SF G.

3.3. Formations supplémentaires

Certaines sages-femmes ont pu bénéficier d'une formation supplémentaire à une adaptation au travail en mission humanitaire avec leur organisme de départ. Certains organismes proposaient une formation non obligatoire, une sage-femme n'a pas souhaité y participer. Le contenu de ces formations différait en fonction de l'organisme de départ et concernait à la fois le fait de travailler avec une ONG et l'aspect médical de travailler en mission humanitaire.

« *J'ai suivi une formation d'une semaine avec GSF en 2003, sur la médecine en contexte humanitaire, donc c'était une formation qui retraçait un éventail de tout ce que pouvait être l'humanitaire soit d'urgence, soit de développement, soit en situation de guerre* », SF A.

« *On a eu dix jours de formation : la moitié c'était très général sur ce que c'est l'humanitaire, sur ce que c'est que le fait de travailler en ONG, les valeurs de MSF, les types de projets, ce qu'on attend de toi, le retour, et l'autre moitié c'est plus le côté médical, et sur comment ça s'organise un projet, on nous faisait réfléchir sur des situations qu'on pourrait rencontrer* », SF D

Une autre sage-femme était partie avec une communauté religieuse, elle a donc eu une formation différente.

«Avec le chemin neuf, j'ai eu une semaine de formation sur l'interculturalité, sur le rôle de l'Église de se mettre au service du plus pauvre, et puis avec la Guilde là on avait eu plusieurs modules sur la santé, la sécurité, sur le travail en équipe», SF E.

Une sage-femme avait déjà pu avoir un premier contact avec l'humanitaire, car elle avait réalisé pendant ses études son stage optionnel au Cameroun en tant qu'aide accoucheuse.

3.4. Rôles lors des missions

A chaque mission, des rôles différents, mais voici quelques rôles que les sages-femmes interrogées ont évoqué :

- consultations de grossesse, de gynécologie, réalisation d'accouchements
- mettre en place des programmes de santé maternelle et infantile
- consultations pédiatriques de 0 à 5ans, dépistage et prise en charge de la malnutrition infantile
- prévention sanitaire, vaccination
- mission prévention et dépistage VIH
- formation du personnel soignant (sages-femmes, infirmiers locaux, matrones) dans des hôpitaux et centres de santé de campagne, actualiser les savoirs et connaissances : créer et donner des formations sur la réanimation néonatale, l'échographie, la physiologie du travail et de l'accouchement, le partogramme, les complications du travail et de l'accouchement, et formation aux gestes d'urgence obstétricaux grâce à des travaux pratiques sur mannequins pour s'exercer aux manœuvres pratiques de dystocie des épaules et de rétention de tête dernière.
- gérer un service, le matériel, rédiger des protocoles d'hygiène

Cependant une sage-femme évoque une large différence entre les missions théoriques et tous les rôles qu'elle a eu une fois sur place.

«Sur le papier, les missions c'était de la gynécologie normale, apporter des soins aux femmes qui étaient dans les camps mais je me suis quand même retrouvée à conduire une ambulance à un moment et à accompagner une patiente à l'hôpital donc tu vois c'était très large, et au Sénégal j'avais une mission de formation à la réanimation néonatale et à l'échographie et j'ai quand même passé deux jours à chercher un groupe électrogène donc tu vois... il y avait la théorie et la pratique quoi», SF C.

4. La réanimation néonatale

Lors de leur mission en contexte humanitaire, chaque sage-femme a eu une expérience différente de première réanimation néonatale, et a eu besoin d'aller plus ou moins loin dans la réanimation. Deux sages-femmes ont eu seulement besoin de sécher, stimuler, et aspirer le nouveau-né. L'aspiration se faisait avec une poire d'aspiration :

«Je l'ai aspiré avec une poire, qui en fait était reliée à un système d'aspiration, donc c'était un tuyau où on devait aspirer avec notre bouche, donc je l'ai aspiré avec ma bouche », SF F.

Certaines sages-femmes ont eu besoin de ventiler le nouveau-né. Une sage-femme a eu besoin de ventiler, et n'avait pas d'insufflateur manuel.

«Donc j'avais lu (parce que c'est des choses qu'on apprend pas à l'école) je m'étais renseignée sur comment faire du bouche à bouche à un nourrisson, j'ai d'abord testé avec le stéthoscope de pinard en le positionnement sur sa bouche et en soufflant mais ça marchait pas très bien. Donc au final j'ai fait du bouche-à-bouche manière castor, en insufflant juste l'air contenu dans mes joues, et je faisais un massage cardiaque en même temps », SF A.

Une sage-femme a eu une réanimation plus longue.

«Et donc là cet enfant naît prématuré, je l'aspire et je le ventile et dès que j'arrête de le ventiler je vois bien, j'avais pas de saturomètre j'avais qu'un stéthoscope pour écouter le cœur je n'avais rien d'autre, mais après c'est les signes cliniques qui parlent, je voyais bien que dès que j'arrêtais de le ventiler ce bébé n'allait pas bien. Je l'ai ventilé pendant 1h, 1h30, et après on l'a transféré », SF C.

Mais bien souvent elles se retrouvaient dans des endroits géographiquement isolés, avec une impossibilité ou de grandes difficultés pour transférer les nouveaux-nés.

«On l'a transféré dans un hôpital à 4h-5h de route en ambulance sur une route de terre pour qu'il soit pris en charge par des pédiatres», SF C.

Trois sages-femmes ont eu besoin de pratiquer un massage cardiaque.

«On avait une poire pour l'aspirer, et on le ventilait à la main, et je me souviens que c'est moi qui l'avais aspiré, qui avait posé le masque et j'ai fait ventiler l'infirmier pendant que je massais», SF B.

Une seule sage-femme parle d'une réanimation où elle a exceptionnellement utilisé de l'adrénaline.

« Au Libéria ce bébé est né en état de mort apparente, et on l'avait vraiment réanimé en utilisant de l'adrénaline. C'est la seule fois je pense où j'ai fait ça. Il y avait ce médecin néonatalogue et on l'avait fait ensemble, on a réussi à faire que l'enfant respire, mais l'hypoxie avait été trop sévère et il est décédé quelques heures après, [...] avec MSF les moyens de la réanimation sont limités : normalement c'est ventilation, et éventuellement massage cardiaque mais ça va pas plus loin », SF I.

4.1. Les difficultés rencontrées

4.1.1. Matériel

Le manque de matériel entraîne parfois des situations compliquées, et demande d'analyser objectivement une situation, afin de faire des choix difficiles, comme par exemple d'arrêter la réanimation, ou d'arrêter les soins d'un nouveau-né pour sauver un autre enfant.

«On l'avait ventilé assez longtemps, mais le cœur était bien, mais il avait besoin d'oxygène ce petit. J'ai suspecté qu'il y avait peut-être une petite malformation, parce qu'il y avait quand même une macro-glossie, et peut-être un faciès où j'aurais pu suspecter une trisomie 21. Il avait besoin d'un concentrateur en oxygène peut-être longtemps, mais un autre enfant en avait besoin, je voulais

pas donner ce concentrateur d'oxygène puisque ce petit en avait besoin. Tu en es au stade où tu dois faire un choix, parce que tu as cet enfant qui ne pourra pas être monitoré convenablement, et qui a probablement des malformations, et tu as un autre gamin qu'on est en train de réanimer qui a un sepsis ou quoi que ce soit, qui va être 3 jours sous oxygène, et après ça va aller.

En début de mission on avait sous-évalué le nombre de concentrateurs d'oxygène nécessaires » , SF D.

Le manque de matériel, amène une limitation de la réanimation. Puisqu'elles ne peuvent pas monitorer correctement les nouveaux-nés, la réanimation est limitée à la ventilation et au massage cardiaque.

« J'avais au début des difficultés à comprendre pourquoi on ne poussait pas la réa plus loin, parce qu'on sait très bien que réanimer des enfants qui ont des états sévères à la naissance, ils vont avoir des séquelles importantes, ça serait plus compliqué pour les parents d'avoir un enfant avec un handicap sévère plutôt qu'un enfant qui va décéder tout de suite après la naissance, surtout si elle a déjà d'autres enfants. Alors ça c'est très difficile au début à accepter mais après je l'ai accepté.

Puis j'ai eu des missions où c'était carrément décidé, où on laissait mourir les bébés in utero mais on préférait qu'elles accouchent par voie basse plutôt que de faire une césarienne à une femme vivant dans une grande précarité, et qu'elle ait un bébé vivant», SF I.

4.1.2. Équipe et collègues

4.1.2.1. Travailler ensemble

Sur place, les sages-femmes devaient collaborer parfois avec une équipe d'expatriés avec laquelle elles étaient parties, et parfois avec des sages-femmes, infirmières ou matrones locales. Trois sages-femmes ont évoqué la difficulté de travailler avec des professionnels locaux ayant des formations différentes de la notre, pour exercer le même métier. Une sage-femme nous a également dit que la difficulté de collaboration ne résidait pas seulement dans la différence de formation, mais aussi dans la barrière de la langue. Elle a été amené à travailler avec « des aides soignantes dont certaines ne parlaient pas français, et ne savaient pas lire », SF C.

«L'infirmière responsable du dispensaire avait pourtant beaucoup de compétences, mais pourtant je suis arrivée un jour, et une patiente était au dispensaire en pleine crise d'éclampsie en train de convulser, et elle ne faisait rien, après bien sûr le bébé est mort», SF G.

« Il m'aurait manqué une personne qui aurait les mêmes formations que moi, et qui pouvait anticiper », SF H.

« Avoir quelqu'un à côté de moi qui avait les compétences pour m'aider », SF I.

Lors de leur réanimation, les sages-femmes ont été accompagnées par différents personnels de santé. Plusieurs sages-femmes nous ont dit avoir fait la réanimation aux côtés de matrones ou d'infirmières spécialisées locales, une sage-femme a fait la réanimation avec un infirmier de l'armée qui n'était pas formé en réanimation, une autre avec une infirmière de bloc opératoire.

Dans la collaboration, une sage-femme nous parle aussi de la difficulté de son positionnement par rapport aux professionnelles locales, surtout lorsqu'elle est nouvellement arrivée.

«C'était avec une sage-femme qui faisait un peu des erreurs, mais comme j'étais pas arrivée depuis longtemps je savais pas trop comment me positionner : elle a fait pousser une multipare à 4 cm, et lui a mis de l'oxytocine en intraveineuse directe. Puis pendant la réanimation, elle a frotté ses mains avec du gel hydro-alcoolique et elle les a mises devant la bouche et le nez du bébé pour le faire réagir. Pendant une autre réa, elle a pris le bébé par les pieds et l'a frappé. Ça retarde les gestes essentiels», SF E.

« Il m'a fallu énormément de patience parce que moi j'étais pas là pour faire, j'étais là pour être à côté, apprendre. Il m'a fallu beaucoup de patience pour me mettre au rythme, beaucoup d'acceptation que ça va prendre du temps, qu'on peut pas tout chambouler : les habitudes tu peux pas les bouleverser comme ça. Enfin qu'est-ce qui va durer ? C'est cette notion que les choses elles changent quand ça vient de la réalité du terrain. Donc c'est pas à moi d'apporter mes solutions, c'est de co-construire », SF G.

4.1.2.2. Leur apporter une formation

Apporter une formation, et accroître les compétences du personnel médical, a été un but lors des missions de plusieurs sages-femmes, mais changer des pratiques anciennes, peut être un travail long et délicat.

« Je me suis pas battue sur beaucoup de sujets, il faut choisir en fait, parce que sinon après c'est trop pour eux, et tu amènes à eux un sentiment de culpabilité, qu'ils faisaient pas bien jusqu'à ce que tu arrives », SF C.

4.1.2.3. Remise en question de son utilité

Les sages-femmes se sont questionnées sur l'impact qu'elles allaient réellement avoir sur le long terme.

« Donc la question c'est à quoi ça sert d'être là ? Est-ce que ça sert à quelque chose ? Est-ce que dans neuf mois quand je vais partir il va rester des choses ? Je pense qu'il y a quand même des choses qui bougeaient. Je vois les petits moments d'éclaircis dans les regards ou dans des attitudes, des choses qui ont changé », SF G.

4.1.2.4. La solitude professionnelle

Parfois les sages-femmes se retrouvaient isolées, et nous ont raconté que cet isolement était une difficulté notamment de ne pas pouvoir débriefer les situations stressantes et donc les aider à mieux les vivre.

« Ce qui aide en France c'est nos collègues de travail quand on leur raconte un événement, elles comprennent l'émotion qu'on ressent, et du coup c'est une sorte d'exutoire. C'est une sorte de façon soit de faire le deuil, soit que ces émotions nous bouffent pas trop. Quand on est loin de chez soi ; loin de ses collègues, loin de sa famille, loin de sa culture, loin de ces traditions, loin de ses repères institutionnels et familiaux, on est obligé de gérer ses émotions tout seul, et c'est pas si simple. Et quand on vit des situations de violence, des situations assez tragiques, il faut être en capacité d'emmagasiner ces émotions-là, de les digérer au sens propre et au sens figuré, de les traduire d'en faire quelque chose et d'avancer. Et finalement ça je l'avais jamais appris », SF A.

4.1.3. Environnement

L'environnement climatique pouvait être difficile à supporter dans quelques situations.

« Parce qu'à Zaatari, [dans le désert de Jordanie], dans la tente la journée, il faisait très chaud ça pouvait monter jusqu'à 50 degrés, on mettait des ventilateurs, et la nuit ça descendait à zéro degré on mettait les chauffages », SF B.

Les maternités, dispensaires, et blocs opératoires étaient parfois très rudimentaires.

« Les patientes marchaient parfois 1 à 2h pour venir en consultations. [...] dans une maternité avec des panneaux solaires pour l'électricité, et de l'eau qu'on amenait dans des seaux », SF G.

« On n'avait pas d'électricité, donc pas d'hémostase pour les césariennes, donc on devait presque toutes les transfuser après », SF G.

« On était dans des tentes dans le désert [...] et c'était l'armée marocaine qui faisait les césariennes en urgence sous leur tente, sauf le vendredi parce que le vendredi c'était fermé. Déjà là de transférer à la tente, même si c'est la tente d'à côté, c'était pas optimal, mais alors le vendredi fallait se débrouiller toutes seules », SF B.

4.1.4. Organisationnel

Trois sages-femmes ont parlé de problèmes d'organisation du service, que le matériel n'était pas systématiquement nettoyé et rangé après utilisation, donc parfois avant des réanimations, les sages-femmes devaient chercher où était l'insufflateur manuel, et le nettoyer. Une sage-femme n'avait même pas compris qu'il y en avait un, et a du faire sa première réanimation sans ventiler.

« Le matériel même basique n'était pas toujours là où il fallait. J'ai beaucoup travaillé là-dessus avec les sages-femmes en disant le matériel de réanimation doit toujours être prêt à être utilisé », SF I.

4.1.5. Différence culturelle

La différence culturelle avec le pays d'accueil a été particulièrement ressentie par les sages-femmes à propos de la notion de vie et de mort. Elles sont plusieurs à l'évoquer, pour les populations locales la mort fait partie de la vie, le but n'est pas que l'enfant survive à tout prix.

«C'était clairement un préma [...]. Et quand elle est revenue après son accouchement, moi je suis allée chez la famille et j'étais persuadée que le bébé était mort, il y avait un petit coussin à côté d'elle, et j'ai failli m'asseoir sur le bébé qui était là quoi. Il y avait un petit bout de bébé minuscule sur un coussin, il devait avoir une semaine de vie et il était toujours vivant. Mais on faisait rien pour lui donc il était en train de mourir de faim. [...] Pour eux il était déjà mort ce bébé. [...] Pour parler de leur nombre d'enfants, elles disent le nombre de morts et le nombre de vivants», SF G.

Puisque la mort infantile est très courante, les mères y sont habituées, et investissent moins leur grossesse.

«La petite est née et elle était morte depuis vraiment pas longtemps, mais la mère avait l'air complètement détachée de cette grossesse, [...] l'acceptation complète voire une indifférence», SF G.

L'aspect culturel et religieux de la vie et du destin a été une surprise pour une sage-femme.

«Ce qui m'a en fait surtout marqué dans cette réanimation c'est quelque chose que j'avais pas du tout envisagé, c'est que en fait la famille m'en a voulu. Quand elles ont vu la petite, pour moi en état de mort apparente, mais pour elles morte, et quand elles l'ont vu en fait se réveiller après ma réanimation, elles l'ont très mal vécu et elles ont considéré que j'avais été à l'encontre en fait de ce que Dieu avait voulu, que j'avais bafoué un peu la foi, le destin », SF A.

4.1.6. Confrontation à la pauvreté

Les sages-femmes ont exprimé la difficulté d'être confrontées à la pauvreté, et aux choix qu'elle implique. Les populations étant souvent pauvres, et les soins étant coûteux, la question de continuer les soins, au prix de sacrifice financier s'est posée plusieurs fois.

« Dès que j'arrêtais de le ventiler cet enfant n'allait pas bien. Je l'ai ventilé pendant 1h, 1h30, et il fallait prendre derrière la décision de : est-ce qu'on le transfère dans un hôpital à 4h-5h de route en ambulance sur une route de terre pour pouvoir là être pris correctement en charge par des pédiatres, sauf que c'est à charge de la famille, ce n'est absolument pas gratuit, ça coûte très cher, donc je me retrouve à avoir cette conversation là avec les gens, ils ne parlaient pas français donc c'est quelqu'un qui traduisait pour moi, eux ils m'ont clairement demandé ce que moi je ferai si c'était mon enfant. », SF C.

« Là la première fois que j'ai eu à transférer en Haïti, les matrones m'expliquaient qu'ils étaient en train de réfléchir de tuer une chèvre pour pouvoir aller à l'hôpital», SF G.

La pauvreté a été un choc et un découragement pour une sage-femme de voir des besoins si grands.

« Mais je dirais que c'est pas la chose dans mon voyage qui m'a le plus fait prendre conscience du besoin qu'il y avait là-bas, il y a d'autres choses qui m'ont plus marqué que la réanimation. Par

exemple moi c'était d'aller visiter un hôpital public, ça c'était vraiment vraiment un gros choc, et c'est ça qui m'a beaucoup marqué. A la fois j'ai eu cette phase de me sentir un peu découragée parce que tu te dis 'il y a tellement à faire que c'est impossible de réussir à vraiment les aider', et après j'ai eu cette phase de me dire mais en fait si, tout ce que je peux faire tant que je suis là, et ce que d'autres peuvent faire en venant et en apportant une expertise, en fait la moindre petite chose peut avoir un impact et améliorer l'état de la prise en charge là-bas, qui est médiocre et terrible», SF G.

4.1.7. Responsabilités et décisions

Les sages-femmes se sont retrouvées à avoir des postes et des responsabilités supérieures au métier de sage-femme en France.

«J'étais là pour tous les gros problèmes de réanimation, donc je faisais les réa adultes et enfants, les urgences pédiatriques, les réa nouveau-né, et la maternité », SF D.

«Tout le monde te regarde c'est toi qui prends la décision, c'est toi qui prends la responsabilité. Ils se déchargent très facilement comme ça, ils ont l'impression que toi tu vas plus savoir qu'eux, et du coup ils iront jamais te contredire, et du coup tu prends quand même beaucoup de responsabilités», SF C.

4.1.8. Le retour

Une seule sage-femme a évoqué les difficultés du retour en France après la mission, et la solitude qu'elle avait ressentie.

« C'est une réalité tellement différente, il y a pas beaucoup de monde qui peut comprendre, je me suis sentie assez seule », SF G.

4.2. Leur ressenti

4.2.1 Lors de l'urgence

Au moment même de l'urgence, plusieurs sages-femmes nous ont dit ne pas ressentir de stress, mais être complètement focalisées sur l'urgence. C'est une fois que la situation d'urgence est terminée que viennent les questionnements et inquiétudes.

« J'étais à 150 % dans ce que j'étais en train de faire, qu'une idée en tête c'était de faire en sorte que son coeur batte régulièrement et qu'elle respire », SF A.

« Sur le moment c'est comme dans toutes les situations d'urgence, tu stresses pas, tu te dis 'il y a que toi', donc tu fais, c'est après tu te dis 'mais punaise qu'est-ce qu'il vient de m'arriver heureusement qu'il est reparti, mais s'il m'arrive quelque chose de plus grave j'ai rien pour y faire face' », SF F.

« *Finally pour la réa tu n'as pas besoin de grand-chose, juste de confiance en toi et être bien positionnée pour aspirer voilà. Mais voilà quand on est dans des endroits comme ça, on sait très bien dès le départ qu'on peut pas intuber ni poser de cathéter, donc si tu peux pas faire le minimum, tu acceptes ce qui vient derrière* », SF B.

4.2.1.1. L'injustice et la colère

La sage-femme confrontée au dilemme d'avoir à choisir d'arrêter les soins à un nouveau-né pour sauver un autre enfant a ressenti de l'injustice et de la colère.

« *C'est injuste, tu as pas envie d'être dans la position de choisir, tu es pas Dieu. Et je me rappelle du médecin national qui m'appelle sur le talkie-walkie, et qui me dit 'est-ce que tu as un concentrateur d'oxygène ?', et je lui dis 'oui mais il est occupé', 'mais il est occupé pour combien de temps ?' Parce qu'effectivement pour une réa, normalement tu t'en sers et tu l'enlèves, et je lui dis 'non il est occupé'. Et voilà je me rappelle de ce grand conflit, parce que je ne voulais pas donner ce concentrateur d'oxygène puisque ce petit en avait besoin. [...] Peut-être que j'étais un peu soulagée entre guillemets, que ce soit quelqu'un d'autre qui me le demande ce concentrateur pour quelqu'un d'autre à sauver. C'était pas de la culpabilité que j'avais, c'était de la colère* », SF D.

4.2.1.2. La frustration

Une sage-femme nous a parlé de frustration lors de ses premières missions, à l'idée de limiter la réanimation à la ventilation et au massage cardiaque.

« *Pendant mes premières missions je me sentais très frustrée de pas avoir d'option de réanimation, ça je pense que je le savais pas quand je suis partie : la limitation qu'on avait sur la réanimation néonatale, j'ai été frustrée de pas pouvoir réanimer des enfants, avoir les moyens de les réanimer en allant plus loin que ventilation et massage cardiaque, la frustration reste toujours un peu* », SF I.
« *Ça donne un sentiment d'impuissance, d'injustice, tu sais ce que tu peux faire pour sauver la vie de cet enfant, mais tu ne peux pas le faire parce que tu n'en a pas les moyens, moments de colère, mais ça reste beau parce que les gens sont solidaires* », SF C.

4.2.1.3. La peur

Une sage-femme nous parle de la peur d'échouer à réanimer le nouveau-né, et de la tristesse qu'elle ressentirait.

« *Je me disais juste 'faut pas que le bébé meurt' parce que sinon pas je serai trop triste quoi. Enfin je sais pas comment j'encaisserai ça, surtout que c'était au tout début de ma mission* », SF E.

Lors de la réanimation, une sage-femme avait une forte appréhension de la réaction des parents si la réanimation échouait.

« *J'avais plus peur de la réaction de la mère, parce que là-bas j'ai eu un décès, après on nous avait balancé des chaussures dessus, on se faisait un peu agresser quand il y avait des bébés qui mourraient. Du coup j'avais plus peur de l'annonce à la mère* », SF B.

4.2.1.4. La pression

Une sage-femme nous raconte que le fait d'être une sage-femme expatriée a été un facteur de pression supplémentaire.

«Ça a duré un temps qui m'a semblé infini. J'ai eu peur, j'ai eu du stress, j'ai senti qu'il y avait une grosse attente sur moi parce que comme j'étais là et que j'étais la sage-femme qui venait de France il fallait que ça marche, et moi j'utilisais des techniques qu'ils avaient pas l'habitude d'utiliser donc j'avais encore plus la pression que ça marche, j'ai prié dans ma tête et après c'était un énorme soulagement et beaucoup de joie, on a dansé dans la cour avec les femmes », SF H.

4.2.2. Après la situation

Certaines sage-femmes ont eu des missions particulièrement chargées d'urgence, et n'ont pas forcément repensé à cette première situation d'urgence vitale qu'elles avaient rencontré.

«Après tu bosses de 6h à 23h donc tu n'as pas trop le temps de repenser aux choses », SF D.

« Il y a eu énormément de réa, et si tu as réanimés beaucoup de gens, tu en perds aussi beaucoup », SF D.

4.2.2.1. Inquiétude

Plusieurs sages-femmes nous ont dit s'être inquiétées des conséquences au court, moyen et long terme de l'hypoxie péri-natale, des séquelles post-réanimatoires.

« Donc je me souviens que j'ai beaucoup surveillé cet enfant, j'étais hyper stressée, et après j'ai passé la nuit à l'hôpital, ce que j'avais jamais fait, pour être pas très loin parce que j'étais pas rassurée. Et puis finalement elle a survécu à ses premiers jours. Mais je me souviens aussi que j'étais stressée que, comme la mère était pas très en forme, j'avais eu peur que la petite fasse une hypoglycémie, parce que nous en France on surveille, mais là j'avais pas de dextro. Je me disais qu'elle allait être en hypo vu comment elle était née, mais finalement ça s'est bien passé », SF H.

« On sait très bien que réanimer des enfants qui ont des états sévères à la naissance, ils vont avoir des séquelles importantes, et que de toute façon ça serait plus compliqué pour les parents d'avoir un enfant avec un handicap sévère plutôt qu'un enfant qui va décéder tout de suite après la naissance », SF I.

4.2.2.2. Incompréhension

Une sage-femme nous a parlé de son incompréhension face au décalage entre son état émotionnel immédiatement après le succès de la réanimation et les émotions des autres personnes dans la pièce : la mère et ses accompagnatrices. Alors que la sage-femme était soulagée, elle s'est rendue compte que la famille ne l'était pas du tout puisqu'ils n'étaient pas

favorables à ce qu'elle fasse la réanimation, car elle allait à l'encontre du destin qui n'avait pas voulu que ce bébé vive. *«Ce qui m'a en fait surtout marqué dans cette réanimation c'est quelque chose que j'avais pas du tout envisagé, c'est que en fait la famille m'en a voulu. Quand elles ont vu la petite, pour moi en état de mort apparente, mais pour elles morte, et quand elles l'ont vu en fait se réveiller après ma réanimation, elles l'ont très mal vécu et elles ont considéré que j'avais été à l'encontre en fait de ce que Dieu avait voulu, que j'avais bafoué un peu la foi, le destin »*, SF A.

4.2.2.3. Joie

Malgré l'incompréhension face à cette différence culturelle, cette sage-femme a été contente après le succès de cette réanimation.

« J'étais quand même contente, parce qu'au fond de moi une vie c'est une vie, et je changerai pas cette conception là parce que pour moi c'est essentiel. J'ai toujours dit ensuite aux matrones, quoi qu'il se passe si vraiment il y a rien à faire alors il y a rien à faire, et je vivrai la situation comme vous. Mais si je peux faire quelque chose alors je ferai quelque chose », SF A.

«Et après c'était un énorme soulagement et beaucoup de joie, on a dansé dans la cour avec les femmes, c'était très chouette», SF H.

«[L'infirmier de l'armée pour qui c'était sa première réanimation] il s'est mis à pleurer, à pleurer « mais mon Dieu, on a sauvé le bébé », voilà et du coup on était trop contents », SF B.

4.2.2.4. Répression des émotions

Une sage-femme ne se sentait pas légitime d'exprimer ses sentiments, ni même de les ressentir.

« Pour moi je n'avais pas le droit de m'effondrer ou d'être touchée, eux ça fait partie de leur vie, je m'effondre une fois que je rentre en France quoi, mais pas devant eux. J'aurais trouvé ça déplacé de le faire », SF C.

4.2.2.5. Acceptation

Une sage-femme qui a fait une quinzaine de missions humanitaires, nous a expliqué qu'avec l'expérience, elle a appris à se détacher émotionnellement pour être moins touchée par les situations d'urgences qui finissent mal.

« On s'attendait tout le temps à avoir un bébé à réanimer, ou une mort fœtale in utero, c'était tellement fréquent, on le vit certainement avec moins de stress puisque c'est quotidien et puis on prend l'habitude de voir des nouveaux nés qui sont en mauvais état. C'est plus une histoire d'avoir la capacité de se détacher et moi aussi je l'ai fait parce que sinon de toute façon on ne peut pas rester », SF I.

« Mais je me souviens d'avoir accepté de me dire que là ce bébé on peut rien faire quoi cette espèce de fatalisme » SF G.

4.2.2.6. Sérénité

Une autre sage-femme nous dit qu'elle a vécu avec moins de stress les réanimations suivantes, non parce qu'elle était habituée à voir des bébés aller mal et décéder, mais car son expérience lui donnait plus confiance dans le fait que le bébé pouvait s'en sortir.

« J'ai probablement acquis une confiance que j'ai beaucoup plus donné à ses petits qui arrivaient au monde, je me suis rendue compte à quel point les enfants pouvaient être solides. Et du coup je pense que j'étais plus patiente, plus confiante sur les réanimations et sur l'accueil des nouveaux nés qui étaient pas très vigoureux à la naissance », SF A.

4.3. Ce qui les a aidé

4.3.1. Dans la mission humanitaire en général

« Les gens sont incroyablement gentils, incroyablement accueillants curieux et bienveillants, c'était tellement fort en émotion que je crois que je m'étais jamais sentie aussi vivante qu'à cet endroit là, aussi utile... c'est tellement fort que quand tu reviens c'est quand même pas facile », SF C.

4.3.2. A pratiquer la réanimation néonatale

L'expérience et formation antérieures

Une seule sage-femme est partie directement après l'obtention de son diplôme. Parmi les autres, seule une sage-femme, celle qui est partie le plus rapidement (1 an après le diplôme) nous a dit que son expérience ne l'avait pas vraiment aidé. Elle a dit qu'au contraire, son peu d'expérience l'avait aidé à ne pas trop stresser à l'avance.

« C'est pas mon expérience qui m'a aidé parce que j'étais un bébé sage-femme, ce qui t'aide c'est que tu sais que tu as rien, et que tu es seule, il y a que toi qui peux faire, donc du coup tu es obligée de faire un truc, et de faire avec ce que tu as, c'est plus simple finalement, ça t'aide à agir et à pas réfléchir pendant 3 heures, le stress, l'adrénaline ça t'aide [...]. Il faut être prête à affronter des situations où tu es toute seule, mais je crois que maintenant j'aurais plus peur qu'avant, parce que quand tu as que un an de diplôme, tu te rends pas compte et tu as pas beaucoup vécu d'urgences vitales, et après quand tu en vois de plus en plus ça te fait flipper de te dire 'ah mais si ça ça m'arrive dans la brousse la patiente elle meurt', donc il vaut mieux y aller jeune motivée et insouciante.

L'expérience clinique doit aider à anticiper les situations, pour les patientes tu travailles peut-être mieux parce que tu as l'expérience, mais dans ton vécu moi ça me stresserait plus », SF F.

Les autres sages-femmes ayant une expérience professionnelle plus longue avant de partir en mission, ont dit que leur expérience préalable les avaient aidé, d'une part pour la pratique,

notamment à avoir l'organigramme décisionnel en tête pour la réanimation néonatale, et d'autre part pour mieux se connaître et « *progresser dans son positionnement, dans son assurance* », SF G. « *Travailler d'abord ici en France, et d'avoir une expérience dans mon pays avec tous les moyens qu'on a à notre disposition, c'était indispensable de vivre des situations d'urgence accompagnée par des gens qui étaient compétents. Il fallait que je sache comment professionnellement et humainement, enfin personnellement parlant je ressentirai tout, pour me donner plus confiance en moi dans mes capacités à gérer des situations inattendues autant de la situation médicale que la situation humaine qui en a découlé* », SF A.

« *Mon expérience en France m'a donné de la confiance. Et j'étais très impressionnée une fois là-bas de découvrir à quel point on était hyper bien formés en France, parce que j'ai été face à des situations obstétricales que j'ai jamais rencontré mais j'étais quand même capable de diagnostiquer*», SF G.

Deux sages-femmes avaient travaillé à Mayotte avant de partir en mission humanitaire, elles ont souligné l'expérience qu'elles ont eu là-bas, comme particulièrement formatrice.

« *Mayotte c'est une bonne formation quand même, parce que c'est pas vraiment de l'humanitaire, mais en fait tu fais tellement de gestes, de toute façon plus tu fais, plus tu y arrives. Quand tu as travaillé à Mamoudzou, tu peux travailler partout après, parce que tu apprends à travailler vite en fait. Après ma première garde à Mayotte, je me suis dit franchement en 12h j'ai appris plus qu'en 5 ans de sage-femme !* », SF B.

4.3.3. A bien vivre leur expérience de réanimation néonatale

4.3.3.1. S'être préparée pour la mission

Une sage-femme nous a dit qu'avoir parlé à des sages-femmes qui étaient parties avant l'avait aidé à se projeter, et à mieux vivre la mission.

Une autre chose semble indispensable à plusieurs sages-femmes interrogées, d'une part pour se préparer à la mission et mieux la vivre, d'autre part pour s'adapter et par conséquent mieux s'intégrer à l'équipe locale et ne pas commettre d'impair : avoir un « *temps d'observation initiale sur le terrain, avant de pratiquer*», SF A.

4.3.3.2. L'équipe

L'équipe a été une aide à la fois par son soutien psychologique, et par son aide technique. Les sages-femmes ont abordé à la fois l'aide de l'équipe d'expatriés qui sont partis avec elles, et l'aide des matrones locales.

« L'équipe, de pas être toute seule. D'être avec une équipe qui est sympa, on est tous solidaires, on est tous là ensemble, et on va tout faire tous ensemble même si on sait pas trop faire. Travailler en équipe dans des moments où c'est difficile comme ça, et de bien s'entendre. » Une de ses collègues qui l'aidait était particulièrement bien formée à la physiologie : *« elle avait plus la physio dans sa tête, il y a des écoles de sages-femmes qui forment mieux les sages-femmes [à la physio] »,* SF B.
« Pendant la réa j'avais pas besoin d'aide. Après c'est les collègues de terrain de MSF habitués à ce genre de situations et de décisions qui disent : tu fais ce que tu peux, et le reste tu essayes de le prendre en charge du mieux possible. Voilà donc c'était pas de la culpabilité que j'avais, c'était de la colère », SF D.

4.3.3.3. Le caractère personnel

« Mes années d'études, et mes 20 ans d'exercice, ma confiance en moi : mon métier ne me stresse pas du tout. Dans les situations d'urgence bien évidemment l'adrénaline monte comme chez tout le monde, mais c'est pas une source de stress pour moi. Donc je pense que cette confiance en moi m'a aidé, mais qui est pas due à mon métier, c'est ma personnalité », SF A.
« J'ai découvert des ressources en moi insoupçonnées. Je me suis trouvée une capacité d'adaptation, tu fais des choses qu'en France tu ferais jamais », SF G.

4.3.3.4. L'organisation encadrante

Certaines structures avec lesquelles les sages-femmes sont parties, proposent un accompagnement psychologique au retour en France.
« En fin de mission tu as un passage à la capitale où il y a les responsables médicaux de tout le pays, donc tu peux débriefer des activités, puis quand tu rentres en France, tu peux aussi avoir un accompagnement psy. Maintenant quand tu rentres de certains contextes ce n'est plus optionnel d'aller voir le psy », SF D.

5. Ce qu'elles ont tiré de l'expérience

5.1. De leurs missions humanitaires

Plusieurs sages-femmes ont évoqué le fait que leur expérience en mission humanitaire leur ont appris à développer des qualités de caractères, telles que l'adaptation, l'acceptation, la maturité.

« Plus d'adaptation, et aussi acceptation au fur et à mesure de me dire que ça fait partie de la culture je peux pas vraiment le changer que parfois je pouvais dire simplement ce que je pensais, les sages-femmes l'entendent, mais qu'il y a quelque chose qui est profondément ancré dans leur

culture et leur manière de faire que moi je ne peux pas changer et imposer. Il y a des manières de faire différentes et on apprend de nos différences et c'est enrichissant. A toi d'apporter ce que tu peux apporter et d'apprendre ce que tu peux apprendre. Donc si elle veut prendre le bébé par les pieds et le secouer et le frapper, ben même si c'est pas très efficace, ça fait partie de leur culture et de leurs croyances et il faut faire avec aussi je pense », SF E.

« Avec le recul, je me rends compte que j'ai bien plus reçu que j'ai donné. J'ai appris à développer le système D, à savoir me débrouiller partout, c'est aussi se dire que dans certaines situations ben il y aura pas de solution, et que le pas de solution c'est aussi une réponse. [...] C'est ma capacité à accepter ou à savoir réagir à bon escient vis-à-vis des autres et vis-à-vis de moi-même. Ça a été très compliqué à certains moments, mais c'est ce qui m'a permis d'avoir un recul, une plus grande maturité dans ma vie de tous les jours et dans ma vie professionnelle », SF A.

« J'ai réalisé en faisant de l'humanitaire, que j'étais très capable de m'adapter à différentes situations, à différentes façons de faire, et à d'autres cultures. Ça c'est en partie grâce à mon caractère je pense, mais pour cette situation particulière, je sais que j'ai appris dans le monde professionnel à gérer mon stress en situation d'urgence», SF H.

Pour deux sages-femmes, ces missions humanitaires ont changé leur manière d'exercer leur métier de retour en France. Pour une sage-femme, l'expérience en mission humanitaire lui a fait remettre en doute ses connaissances acquises.

«Ce qu'on enseigne en France, qui est la vérité absolue du moment, mais qui évolue plus tard : j'ai tout remis en question, tout ce que j'avais appris. [...] Et ça explique tout le changement de ma carrière juste à cause de cette vitamine. Parce que pour eux c'était leur vie, et moi je pensais vraiment que c'était important. Et voilà en fait c'était pas si important que ça et que c'était même dangereux parce qu'ils l'ont ensuite enlevée après en France¹», SF B.

« Quand je suis rentrée en France je me suis rendue compte que notre impératif c'était d'humaniser la naissance, j'ai commencé à interroger la physiologie dans tous mes actes. [...] On a un impératif de pouvoir honorer toute l'humanité d'une naissance. Je me suis mise à me passionner de physiologie, parce que pour moi c'est la prévention primaire. Aujourd'hui j'accompagne les femmes en accompagnement global donc je fais les accouchements à domicile et en plateau technique, et pour moi il y a vraiment un lien avec mon expérience en humanitaire», SF G.

5.2. De la réanimation

L'expérience particulière des situations d'urgence ou des réanimations néonatales, a fait prendre conscience à certaines sages-femmes de la nécessité de former les matrones et sages-femmes locales, pour améliorer la prise en charge et le taux de survie des nouveaux-nés.

1 La sage-femme fait allusion à la vitamine ADEC qui a été temporairement retiré du marché en janvier 2017, suite à un décès de nouveau-né de 10 jours causé par une fausse route lors de l'administration par ses parents de cette vitamine. (23,24)

« Ils avaient vraiment besoin d'avoir un minimum de matériel adapté, et puis des connaissances sur une vraie réanimation, sur des vrais gestes de réanimation efficaces. S'ils n'ont pas été formés, il y a une perte de chance pour les nouveaux-nés », SF H.

« Il y a des patientes qui sont en très très mauvais état de santé et du coup peu importe où elles seraient prises en charge, elles seraient dans le même état, alors que les bébés non, ils meurent beaucoup parce qu'il n'y a pas de réanimation néonatale, et parce que les gens ne sont pas formés à faire de la réanimation néonatale », SF D.

« Je me suis retrouvée à récupérer des bébés à réanimer qui étaient déjà passés dans les mains avec des essais infructueux, et moi je passais après », SF G.

Pour une sage-femme, son expérience de réanimation lui a fait encore plus réaliser la nécessité de comprendre une culture en arrivant en mission.

« C'était comme si mon monde occidental avec toute sa puissance médicale, rencontrait leur monde de croyance et leur vie très terre à terre, nos deux mondes se sont rejoints en fait grâce à cette petite fille, et ça ça a été très fort pour moi et ça m'a permis aussi encore plus de me dire 'ok à chaque fois que je me déplace quelque part il faut vraiment que je comprenne comment les gens perçoivent la vie, la naissance, la mort, la maladie et si possible ne pas faire des choses qui vont à l'encontre de leur croyances, tout en respectant mes valeurs », SF A.

Discussion

1. Discussion méthodologique

1.1 Recrutement

Un point faible de mon recrutement, est l'échantillon de neuf personnes que nous avons interrogées. Nous n'avons pas atteint la saturation des données, en effet, plusieurs nouveaux thèmes sont apparus lors du neuvième et dernier entretien. On ne peut pas dire que le vécu de ces neuf sages-femmes soit représentatif du vécu de toutes les sages-femmes parties en mission humanitaire.

Un point fort de mon recrutement est la variété de personnes recrutées. Elles ont été recrutées par plusieurs réseaux : différentes personnes m'ont donné des contacts, des enseignants, des personnes croisées en stage, et un réseau personnel. Ces sages-femmes sont diplômées de plusieurs écoles différentes, ont un parcours professionnel différent. Elles ont vécu des expériences de missions très variées, en partant dans divers endroits géographiques, avec différents organismes pour des missions qui n'avaient pas toutes le même but, par conséquent elles auront des vécus variés.

1.2. Les entretiens

Un point faible de la réalisation de mes entretiens, étaient que trois d'entre eux ont été réalisés au téléphone, avec pour un seul d'entre eux la vidéo. Cela peut diminuer la compréhension des deux membres de la conversation et réduire sa fluidité.

Un point fort de mes entretiens était le fait que ceux-ci soient semi-dirigés. La grille permettait d'avoir une trame de questions pour relancer les interviewées qui parlaient moins, mais le but était vraiment de leur laisser une liberté de réponse, pour que de nouveaux thèmes apparaissent.

Il existe aussi un biais de mémorisation car des questions portaient sur leur première réanimation néonatale en contexte humanitaire, et pour certaines, elles avaient effectué tellement de réanimations qu'elles ne se souvenaient pas exactement de la première. Pour une sage-femme, sa première mission humanitaire datait de 1993 (30 ans), on comprend donc bien qu'il existe un biais de mémorisation. Cependant l'important n'était pas que les détails de leur première réanimation soient évoqués, mais plutôt quelles étaient leur difficultés et leurs ressentis, quelles étaient les choses marquantes qui sont restées, et cela elles ne les ont pas oublié.

1.3. L'analyse

Un point faible de mon mémoire est que j'ai relu et analysé seule les neuf entretiens. Il n'y a donc pas eu de triangulation des données, par conséquent il y a peut-être eu des thèmes nouveaux que je n'ai pas su relever.

2. Avant de partir

2.1. Expérience préalable

Cinq sages-femmes ont recommandé d'avoir une expérience préalable du métier en France avant de partir, à la fois pour avoir de l'expérience professionnelle en terme de clinique, de confiance en soi dans la prise en charge, et aussi pour mieux se connaître personnellement, savoir comment on réagit dans les situations d'urgence.

« Avoir suffisamment d'expérience de situations d'urgence avant de partir, plutôt dans des maternités de niveau 3 », SF I.

« C'est indispensable de travailler au moins 2 ans à temps plein dans une structure hospitalière, pour voir un maximum de situations et pour être en capacité de doser sa capacité à réagir professionnellement et émotionnellement », SF A.

Travailler à Mayotte avant de faire sa première mission en contexte humanitaire est un bon moyen de se former, pour *« avoir la sécurité d'une structure française avec des patientes avec des pathologies tropicales », SF D.*

2.2. Choix de l'organisme

Un choix très important qui est revenu pour la plupart des interviewées a été le choix de l'organisme de départ. En effet, pour une première mission c'est un tel saut vers l'inconnu, que le groupe qui accompagne la sage-femme, et l'organisation qui l'encadre est un choix déterminant au bon vécu de la mission. Il fallait que les valeurs de l'organisation soient en adéquation avec les valeurs de la sage-femme. Une sage-femme a révélé avoir eu une vision de l'humanitaire différente de l'organisme avec laquelle elle était partie, ce qui l'a amené à mettre fin à sa mission. Un risque peut-être que l'ONG privilégie le management et l'action technique et en oublie la dimension humaine. Le rôle des sages-femmes sur le terrain différait beaucoup d'un organisme à un autre. Ainsi, si le but de la sage-femme était de pratiquer purement le métier de sage-femme, les missions d'urgence, courtes, étaient les plus appropriées (tel que la mission en Jordanie de trois semaines qui nous a été raconté). Si le but de la sage-femme était de construire quelque chose au long terme, qui ait un impact plus long sur les populations locales, il fallait partir avec des organismes qui proposaient des missions de développement.

Certains organismes proposaient des formations avant le premier départ, cela a pu aider des sages-femmes à se préparer à la fois au fait de travailler en ONG, et à la fois à une adaptation au travail humanitaire. Ces formations étaient cependant de courtes durée, et n'excédait pas une semaine, on peut donc penser qu'elles pouvaient préparer les sages-femmes dans une faible mesure, mais cela pouvait néanmoins les rassurer avant le départ.

Un problème rencontré par les sages-femmes était la taille de l'équipe avec laquelle elles partaient. D'une part si l'équipe était trop grande ça peut donner l'impression de faire partie d'une « usine ». D'autre part si l'équipe est trop petite, il existe le risque de partir avec des personnes qui

n'auront pas les mêmes valeurs, qu'il y ait une mauvaise entente, qu'il n'y ait pas de cohésion d'équipe, et d'être mal encadré. Le risque de solitude était donc plus grand. En effet, plusieurs sages-femmes ont évoqué une solitude soit professionnelle, soit personnelle. La solitude professionnelle était souvent liée au fait de collaborer avec des personnes ayant une formation et une culture différentes. Il était donc parfois difficile de comprendre les pratiques les unes des autres. Par ailleurs la solitude personnelle était liée au fait de laisser sa famille, ses amis, et vivre cette aventure déracinante, avec une perte de tous ses repères géographiques et culturels.

La solitude a aussi pu être ressentie au retour de mission. Après avoir vécu une expérience si forte en émotions, on peut avoir le sentiment que personne ne nous comprend, et d'être en décalage avec le monde qui nous entoure. Il peut aussi avoir besoin d'un temps d'adaptation aux relations interhumaines. Et du côté professionnel, les sages-femmes parties pour des longues missions ont peur d'avoir besoin d'un temps ré-adaptation aux pratiques, ont peur de ne plus être au niveau.(25) Il existe une association : Résonances Humaines, spécialisée dans l'accompagnement des acteurs de l'humanitaire à leur retour de mission, pour combattre la solitude et les aider à se ré-insérer professionnellement.(26)

3. La mission

3.1. Les rôles

Un des challenges des sages-femmes une fois sur place, a été la grande adaptabilité nécessaire en toutes circonstances.(27) En effet le rôle et les missions d'une sage-femme en mission en contexte humanitaire ne sont pas les mêmes que les missions d'une sage-femme en France, ainsi elles dépassent parfois ses compétences. Lors des missions de développement, une sage-femme nous a décrit avoir plutôt un rôle de cadre, de management de l'équipe, de gestion du matériel. Une autre avait des responsabilités plus importantes que sa formation de sage-femme. Après que le médecin de la mission ait du rentrer en France en urgence, elle s'est retrouvée à gérer des urgences de réanimations adultes, pédiatrique, et néo-natales. Elle avait donc plus un rôle de médecin anesthésiste-réanimateur, et pédiatre.

3.2. Le positionnement

Une des difficultés de positionnement de la sage-femme dans le rapport avec ses collègues ayant une formation et une culture différentes des siennes, est de trouver un équilibre entre ne pas imposer ses pratiques, et ne pas laisser des situations que l'on perçoit comme dangereuses arriver : « *Donc si elle veut prendre le bébé par les pieds et le secouer et le frapper, et bien même si c'est pas très efficace, ça fait partie de leur culture et de leurs croyances, et il faut faire avec aussi je pense* » SF E .

Un des objectifs des missions de longue durée est de partager ses compétences, et transmettre le bénéfice de sa formation pour accroître les compétences du personnel local par le

compagnonnage. C'est une sorte de formation continue, pour rendre à la fois le soignant plus à l'aise dans sa pratique, et pour sécuriser le patient qui sera mieux pris en charge.

« Il faut s'accrocher. C'est à toi de comprendre et t'adapter, de proposer des choses, mais ça demande d'y aller vraiment petit pas par petit pas. Tu vas pas changer l'humanité, donc rester humble », SF C.

« [...] de te renseigner sur la culture, sur la place des femmes, et la culture de l'accouchement. [...] d'essayer de connaître les conditions, le matériel qu'il y aura, être prête à prendre des claques, avoir les bonnes motivations et beaucoup de capacité d'adaptation », SF H.

Pour les sages-femmes interrogées le positionnement de la sage-femme expatriée face à ses collègues locales et la population est un enjeu du bon déroulement de la mission, et par conséquent du bon vécu de la sage-femme. Il semble essentiel de s'interroger sur la culture, les pratiques locales, et de rester humble. Arriver avec une envie de vouloir changer le monde, ou d'imposer ses pratiques, seraient délétères. En revanche, arriver avec un esprit ouvert et une volonté de découvrir pour essayer de comprendre l'autre, sont là des clefs bien utiles à l'expatrié pour s'adapter à son milieu et « réussir » sa mission. C'est pourquoi dans les missions de développement, souvent de plus longue durée, il est intéressant et important de prendre un temps pour l'observation. Ce temps d'immersion attentive est essentiel pour, à la fois essayer de comprendre certaines décisions médicales qui pourraient être prises, mais également les réactions de la population qui en découleraient.

« Mon conseil serait de prendre du temps : faire des missions plutôt longue, habiter vraiment à un endroit, pour être accueilli, trouver sa place, comprendre », SF G.

4. La réanimation néonatale

4.1. Le vécu

Le vécu de la réanimation a plus été marqué par les conséquences du manque de matériel que par le manque de matériel lui-même. En effet, dans les pays d'interventions cités, il n'y a pas nécessairement besoin de beaucoup de matériel pour une réanimation : une poire pour aspirer, et de quoi ventiler suffisent. La réanimation en mission humanitaire va rarement plus loin. Les moyens matériels manqueraient pour prendre en charge un enfant ayant besoin de plus que ces premiers gestes. Ce constat corrobore les conclusions d'un précédent mémoire dont l'étude montrait que l'adaptation au manque de moyens était moins difficile que l'adaptation aux conséquences directes de celui-ci (les nombreux décès n'ayant pu être empêchés).(28)

4.2. L'interculturalité

Une grande difficulté a été dans la non compréhension ou acceptation des choix faits lors d'une décision d'arrêt des soins, ou de non réanimation, et dans la compréhension des réactions. La difficulté résidait dans la différence culturelle et le rapport à la mort. Le vécu du rapport à la mort a de nombreux déterminants. Il dépend de la société, de la culture, de l'éducation, du niveau

de vie, de la religion, de l'histoire personnelle de chacun... . Il nous confronte à notre propre mort, souvent angoissante.(29) Mais le rapport à la mort dans le soin peut être différent. La définition du soin médical est « *l'ensemble des actions par lesquelles on vise à conserver ou rétablir la santé* ». (30) Ainsi, être confronté au décès d'un patient peut être perçu comme un échec, un non accomplissement de la mission de guérir. Pour exemple, certaines sages-femmes nous ont raconté avoir été confrontées à certaines situations où les moyens (humains et matériels) étaient présents pour aller plus loin dans une prise en charge et potentiellement sauver la vie d'un enfant (comme la possibilité de faire une césarienne). Pour autant, ces moyens n'ont pas été utilisés dans le but de préserver la santé immédiate et future de la mère. Dans ce cas, il peut exister une grande frustration chez le soignant, à accepter de perdre une vie sans mettre tout en œuvre pour la sauver.

Pour un soignant français, dont la formation est axée sur « sauver la vie à tout prix », dans d'autres pays et d'autres circonstances, la question première sera de « sauver la vie, mais à quel prix ? » Pour quelle qualité de vie ? Le calcul de la balance bénéfice-risque que nous faisons dans le soin chaque jour pour chacune de nos décisions, a toute sa place dans le soin en contexte humanitaire. La réflexion de fond lors de tels dilemmes est : Faut-il continuer la réanimation à tort (et faire survivre un enfant qui sera très lourdement handicapé) ? Ou faut-il arrêter la réanimation à tort (et laisser mourir un enfant qui aurait pu être en bonne santé) ? En France, la hiérarchisation des risques implique que le risque principal est d'arrêter à tort.(31) Mais dans d'autres pays, les intérêts de l'enfant ne sont pas les seuls à envisager, et ne sont pas primordiaux. Il faut d'abord penser à sa famille, son entourage qui en aura la charge, et les conséquences sur celle-ci. Faut-il donner plus de chance à une mère en lui évitant une césarienne, en sacrifiant le bébé dont on pense qu'il pourrait être sauvé ? Faut-il arrêter les soins d'un bébé qui a de potentielles malformations ? Faut-il arrêter les soins d'un bébé prématuré parce qu'il n'existe pas de structures adéquates à une bonne prise en charge... Toutes ces situations relatées par les sages-femmes nous montrent à quel point ces situations sont difficiles à vivre, les choix éthiques qui en découlent sont complexes, et leur ont apporté beaucoup de frustration avant de les accepter.

Mais parfois, la mort du patient va au-delà de l'impossibilité de le sauver. Accepter la mort de son patient est quelque chose de difficile, mais lorsqu'il faut prendre des décisions pour arrêter les soins, le vécu de la décision, et du geste peut avoir une bien autre portée. Pourtant on retrouve dans l'article R.4127-37 du Code de Déontologie des médecins, le devoir de non obstination déraisonnable (article R.4127-37 du code de la santé publique) « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.* »(32)

La difficulté et la pénibilité des décisions d'arrêt de soin sont une des problématiques majeures revenant auprès du personnel médical travaillant en réanimation néonatale, alors que la

question ne se pose que pour « seulement » 5 % des nouveaux-nés hospitalisés. Lors de situations complexes avec un choix éthique difficile en vue, la réanimation d'attente est souvent pratiquée. Elle consiste à tout faire pour réanimer l'enfant, et ensuite réfléchir à froid et collégialement pour décider de maintenir ou non le nouveau-né en vie. En France, ce qui permet de mieux vivre ces décisions difficiles à prendre, est de les prendre collectivement, entre plusieurs médecins et après réflexion. D'une part personne ne porte seul la charge de cette décision et de ce qu'elle implique si un arrêt des soins est décidé, et d'autre part il en est de la responsabilité des médecins et non des sages-femmes de faire ces choix. Enfin, prendre ces décisions à froid permet de bien mûrir la réflexion, avec tous les éléments, et le plus objectivement possible.(26) En mission humanitaire certaines sages-femmes se sont retrouvées à devoir prendre de telles décisions et à en porter seule la responsabilité.

Si le rapport à la mort est différent, le rapport à la vie peut l'être aussi. Une grossesse, un nouveau-né peuvent être investis avec retenu par une future mère ou son entourage, si le risque de perdre une ou deux vies est important. Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple de certaines régions d'Afrique, (lieu où la majorité des interviewées sont parties en mission) un nouveau-né reçoit un prénom seulement sept jours après la naissance, or le prénom est un élément essentiel de notre identité sociale.(33,34) Il commence socialement d'exister une semaine après sa naissance, quand sa probabilité de survie est fortement augmentée.

Toutes ces situations nous amènent à nous questionner sur nos valeurs occidentales, mais aussi les valeurs propres à chaque individu, et ce qu'elles représentent. Comprendre la différence, les valeurs de l'autre est un enjeu essentiel de l'humanitaire.

Conclusion

Dans l'objectif de comprendre et ainsi de donner des pistes pratiques pour de futures sages-femmes, et dans l'espoir d'encourager de nouvelles vocations, nous nous sommes interrogés sur le vécu des sages-femmes au cours de leur mission humanitaire, et plus particulièrement comment elles avaient vécu une situation d'urgence, en prenant pour exemple une de leur réanimation néonatale. Par l'expérience de neuf sages-femmes parties en mission en contexte humanitaire, nous avons pu nous interroger sur leur vécu, et entendre ce qui avait pu les aider.

Le vécu lors d'une mission dans un contexte si déracinant, loin de tout ses repères géographiques et culturels, est multifactoriel. Il dépend de facteurs internes (de son expérience, de son caractère personnel), et de facteurs externes (de l'organisme accompagnant, de l'équipe, de son intégration au pays...). Les sages-femmes se sont senties parfois fortement déstabilisées par certaines pratiques qu'elles ont pu rencontrer sur leur terrain de mission, ainsi que par des réactions à certaines situations. Lors de mission humanitaire, nous sommes amenés à entrer en relation avec des personnes qui ont une culture sociétale, familiale et personnelle différente de la nôtre, et donc des valeurs différentes. Cette rencontre de la différence peut être un choc si nous n'y sommes pas préparés, et peut amener de l'incompréhension voire de la frustration. C'est pourquoi il est impossible de partir en mission humanitaire sans un esprit ouvert à la rencontre et à la différence. Il faut être prêt à apprendre les uns des autres, et ne pas arriver pensant imposer ses manières de travailler.

Le vécu d'une situation d'urgence fait appel à toutes ses capacités d'adaptation. Il est finalement moins lié aux moyens matériels restreints, qu'aux conséquences de ceux-ci. Nous avons vu qu'il en découlait des dilemmes éthiques compliqués à vivre. Il est nécessaire de comprendre les contraintes des populations locales et ainsi leur raisonnement pour accepter les décisions prises.

Notre étude a permis de relever des éléments pratiques qui ont aidé les sages-femmes à mieux vivre ces moments. Dans un premier temps il est apparu qu'un premier temps d'expérience professionnelle préalable était très important. Il est utile à la fois d'un point de vue professionnel pour affiner ses connaissances, sa clinique, et ses conduites à tenir devant différentes situations d'urgence, mais également d'un point de vue personnel pour apprendre à mieux se connaître, à savoir comment nous réagissons dans ces situations d'urgence. Ensuite il est important de se préparer au départ avec le choix d'un organisme qui permette des missions en accord avec nos valeurs. Enfin, arriver avec un esprit ouvert, une grande adaptabilité pour s'intégrer semble être le gage d'un bon vécu de sa mission en contexte humanitaire.

Si le départ et la mission humanitaire apporte son lot de challenges, il en est de même du retour en France. Il peut être vécu difficilement, comme une transition brutale par rapport à des moments si intenses dans un contexte radicalement différent. Nous pourrions nous demander quels sont les déterminants du bon vécu du retour et de la ré-adaptation à la France ? Comment

ces sages-femmes ont su, ont pu se ré-adapter à un rôle et des missions différentes de ce qu'elles ont pu être amenées à endosser ? Et comment leur pratique a-t-elle évolué ?

Références bibliographiques

1. Ethique & pratique médicale. Durand H., 1995. Les Guides de l'AP-HP.
2. Les inégalités sociales et territoriales de santé, Dossier thématique, 17 mai 2021, Santé Publique France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
3. Stratégie humanitaire de la République Française 2018-2022 p 35-37, Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, rapport de 2018. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_humanitaire_web_cle023719-2.pdf#%5B%7B%22num%22%3A108%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22FitR%22%7D%2C-90%2C64%2C510%2C598%5D
4. Statistiques sanitaires mondiales 2014. Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112816/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf;jsessionid=ED3C4EC937633883AC88E51D25F3E62C?sequence=1
5. Classification internationale des maladies. Inserm, CépiDc. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9/definitions-et-recommandations>
6. Mortalité maternelle. Organisation Mondiale de la Santé, 22 février 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
7. Infirmières et sages-femmes (pour 1 000 personnes), La Banque Mondiale. Disponible sur: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MED.NUMW.P3>
8. Ratio de décès maternel pour 100 000 naissances vivantes. La Banque Mondiale, 2020. Disponible sur: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT>
9. Taux de mortalité infantile pour 100 000 naissances vivantes. La Banque Mondiale, rapport de 2011. Disponible sur: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.IMRT.IN>
10. La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse, Sylvain Papon, division Enquêtes et études démographiques, - Insee Focus - 25/06/2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308>
11. Méta-données. The under-five mortality rate. UNSD, mis à jour 31 mars 2023. Disponible sur: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-01.pdf>
12. Mortinaissances, OMS. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/stillbirth>
13. Enfants : améliorer leur survie et leur bien-être, OMS, 9 septembre 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
14. Niveaux et tendances de la mortalité infantile : rapport de 2018, Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME). Disponible sur: <https://scalingupnutrition.org/fr/news/niveaux-et-tendances-de-la-mortalite-infantile-rapport-de-2018/>
15. La sous-notification de la mortinatalité et de la mortalité maternelle et néonatale masque la véritable ampleur du problème. OMS, 16 août 2016. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/16-08-2016-true-magnitude-of-stillbirths-and-maternal-and-neonatal-deaths-underreported>

16. Henry Dunant et la naissance de la Croix-Rouge en France. Croix-Rouge française, 29 octobre 2020. Disponible sur: <https://www.croix-rouge.fr/actualite/henry-dunant-1219>
17. Les Conventions de Genève. Croix-Rouge française. Disponible sur: <https://www.croix-rouge.fr/notre-mouvement-international/les-conventions-de-geneve>
18. Quels sont les grands principes de la Convention de Genève? Geo.fr, 2022. Disponible sur: <https://www.geo.fr/geopolitique/quels-sont-les-grands-principes-de-la-convention-de-geneve-212344>
19. Répondre aux besoins d'aide humanitaire des populations. Coordination SUD. Disponible sur: <https://www.coordinationsud.org/nos-positions/besoins-aide-humanitaire/>
20. L'assistance humanitaire. Brauman R. msf-crash.org, 1996. Disponible sur: <https://msf-crash.org/fr/publications/acteurs-et-pratiques-humanitaires/lassistance-humanitaire>
21. Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes (Articles R4127-301 à R4127-367) – Légifrance, 2012. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/
22. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Collectif des Associations et Syndicats des Sages-Femmes, 2010. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
23. Nouveau-né et vitamine D : la «fausse route» mortelle est l'hypothèse la plus probable. Nau JY. Journalisme et Santé Publique, 2017. Disponible sur: <https://jeanyvesnau.com/2017/01/06/mort-du-nouveau-ne-et-vitamine-d-la-fausse-route-est-desormais-lhypothese-la-plus-probable/>
24. Recommandation temporaire d'utilisation, Protocole de suivi des patients. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; 2017. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2017/02/03/7e5c07b97ad135837e6e657610b1815c.pdf>
25. Sage-femme et humanitaire : regards sur l'évolution des prises en charge au retour en France. Mémoire de Renais AL, 15 mai 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881526>
26. Résonances Humanitaires, l'association qui accompagne les acteurs de l'humanitaire dans leur transition professionnelle. Résonances Humanitaires. Disponible sur: <https://www.resonanceshumanitaires.org/>
27. Les sages-femmes en mission humanitaire : des compétences au service de leurs engagements. Mémoire de Kervailant M., 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02903598/document>
28. Vécu des sages-femmes: entre missions humanitaires dans les pays en voie de développement de la Région africaine et maternités françaises. Mémoire de Moreau M., 2016; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01441041/document>
29. Chapitre 9. Aspects culturels du rapport à la mort. In: Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation. Rouchon JF, Baubet T. Paris: Dunod; 2015. p. 71-9. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/vulnerabilite-psychique-et-clinique-de-l-extreme--9782100721405-p-71.htm>
30. Textes clés de philosophie du soin : santé, autonomie, devoirs. Textes compilés par Durans G., Dabouis G. Vrin. 2019. 256 p.
31. Sauver la vie, donner la mort : Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale. Paillet A. La Dispute. 2007. 285 p.

32. Article 37 -Soulagement des souffrances/Non obstination déraisonnable. Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-soulagement-souffrancesnon-obstination>
33. Soins et cultures Formation des soignants à l'approche interculturelle. Tison B. Elsevier MASSON. 2007. 256 p.
34. Prénom et identité sociale. Du projet social et familial au projet parental. Offroy JG. Spirale. 2001;19(3):83-99. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2001-3-page-83.htm>

Annexe 1

Grille d'entretien :

Résumé des questions principales :

- Racontez-moi votre parcours professionnel.
- Racontez-moi une de vos premières réanimations néonatales.
- Qu'avez-vous ressenti ?

Questions générales :

- Qui êtes-vous ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quand avez-vous été diplômée ?
- **Racontez-moi votre parcours professionnel.**
- Avez-vous suivi des formations spécifiques dans le cadre de la formation continue, ou avez-vous fait un DU après avoir été diplômée ?

La mission :

- Était-ce un projet de vie professionnel ou une opportunité ?
- Combien de missions avez-vous effectuées ?
- Dans quel contexte êtes-vous partie ? Avez-vous une structure encadrante support ? Avez-vous une préparation à une adaptation au travail en mission humanitaire ? Et quel était votre rôle ?
- Combien de temps a duré votre première mission ?
- Quelles étaient vos attentes et vos craintes avant le départ pour votre 1ère mission ?

La réanimation néo-natale :

- **Racontez-moi une de vos premières réanimations néonatales.**
- Quelles ont été vos difficultés rencontrées ?
- **Qu'avez-vous ressenti ?** Et pourquoi ? Sur le moment, dans les jours qui ont suivi.
- Est-ce que ça correspondait à ce que vous vous étiez imaginé ?
- Qu'est-ce qui vous a manqué ? Qu'est-ce qui vous a aidé ?
- Qu'avez-vous tiré de l'expérience ? Y a-t-il eu des différences entre vos premières réanimations néo-natales et les suivantes ?
- Est-ce que cette première situation d'urgence vitale a eu un impact sur votre engagement humanitaire.
- Est-ce que votre expérience en France vous a préparé à votre mission humanitaire ?
- Quels conseils donneriez-vous à une sage-femme qui part en mission humanitaire, pour mieux l'y préparer.

Annexe 2

Demande de consentement à chaque début d'entretien.

« Bonjour, je suis Charlotte Chomel, étudiante sage-femme à Grenoble, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude portant sur le vécu des sages-femmes face à une situation d'urgence dans un contexte humanitaire. J'ai choisi de prendre comme exemple une de vos premières réanimations néonatales, que je vais vous demander de me raconter. Cette enquête se présentera sous forme d'un entretien d'environ une heure, que je vais enregistrer grâce à un dictaphone, puis que je retranscrirai de manière anonyme. Si vous l'acceptez, les retranscriptions seront ensuite intégrées dans le rendu écrit de l'étude, toujours totalement anonyme. Une fois l'étude finalisée, l'enregistrement audio de l'entretien sera détruit.

Vous pourrez, bien entendu, à tout moment arrêter l'entretien, et exercer un droit de retrait sur les informations recueillies. »

ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS DU VÉCU DES SAGES-FEMMES EN MISSION HUMANITAIRE LORS DE SITUATIONS D'URGENCE

Résumé

Objectifs : Les crises mondiales qui se multiplient, engendrent un recours croissant à l'aide humanitaire. L'accès aux soins étant restreint dans beaucoup de pays, il entraîne un taux important de mortalité maternelle et infantile. Les besoins en sages-femmes lors de missions en contexte humanitaires sont grands.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de neuf sages-femmes dans le but de comprendre leur vécu lors de ces missions déracinantes, et notamment sur leur vécu lors de situations d'urgence, au travers de la réanimation néonatale.

Résultats : Quelques déterminants du vécu des sages-femmes en mission humanitaire sont : l'importance de l'organisme encadrant le départ en mission afin d'être bien encadrée, l'intégration au pays indispensable pour collaborer avec les équipes locales, comprendre et accepter les décisions prises lors de dilemmes éthiques.

Conclusion : Ce sont des expériences qui ont marqué à vie les sages-femmes. Elles recommandent vivement de vivre une telle expérience, et d'arriver avec un esprit ouvert et humble.

Mots Clefs : sage-femme, humanitaire, vécu, situation d'urgence.

QUALITATIVE STUDY WITH SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS ABOUT THE MIDWIVES EXPERIENCES ON HUMANITARIAN MISSION DURING THEIR EMERGENCY SITUATIONS

Abstract

Objectives : There are more and more mondial crises, which increases the need for humanitarian aid. Access to medicals being difficult in many countries around the world, it leads to the increase of the maternal and infantile mortality rates. The need for midwives on humanitarian missions is high.

Methods : We led a qualitative study, by semi-structures interviews of nine midwives, in order to understand their experience during these uprooting missions, and especially their experience during emergency situations, with the example of the noenatal resuscitation.

Results : Few examples of circumstances that determined their experiences and feelings are : the importance of the association with which they went on their mission (in order to be well supervised), the integration to the local culture and traditions is essential to work with the local teams, to understand and accept the decisions that are made in ethical dilemmas.

Conclusion : The missions experiences left their mark on the midwives. They highly recommend living such an experience, and to live it openmindedly, with a humble mindset.

Keywords : midwife, humanitarian aid, experience, emergency situations