

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

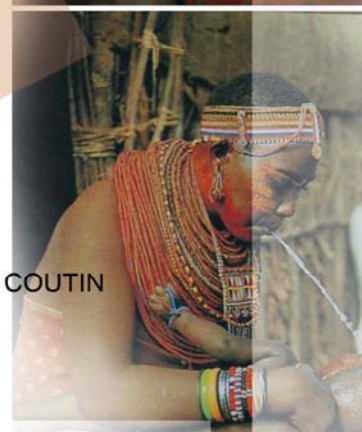
• Diplôme d'Etat de Sage-femme

Sages-Femmes sans Frontières

Anne BAUDRY

Directeur de Mémoire : Anne-Sophie COUTIN

Promotion 2001-2005



**SAGES-FEMMES
SANS
FRONTIERES**

SOMMAIRE

Introduction	1
I. Quelques notions et définitions	4
1. L'humanitaire	5
2. Rappel historique	5
3. L'initiative de Bamako	6
4. Les organismes humanitaires	7
4.1. Les Organisations Non Gouvernementales	7
4.2. Les organismes gouvernementaux	8
4.1. Les organismes internationaux	9
5. Le personnel expatrié	9
5.1. Le profil	9
5.2. Le statut	11
✓ Le bénévolat	11
✓ Le volontariat	11
✓ Le coopérant	11
✓ Le salarié	11
5.3. Le mode de recrutement	12
✓ Le premier courrier	12
✓ La lettre de candidature	12
✓ Le Curriculum Vitae	12
✓ L'entretien de recrutement	12
5.4. Les critères de sélection	13
✓ Le diplôme	13
✓ L'expérience professionnelle	13
✓ La pratique d'une langue étrangère	13
✓ Les qualités recherchées	13
✓ La disponibilité	14
6. Les différents types de missions	14
6.1. Les missions d'urgence	14
6.2. Les missions de développement	15

II. Place de la sage-femme dans le monde humanitaire	17
1. Les missions d'évaluations	19
1.1. L'analyse de la situation	19
1.2. La prise de contact	19
1.3. La définition des objectifs et des stratégies	20
2. Un rôle préventif	21
2.1. La Protection Maternelle et Infantile	21
✓ Dans le domaine de la maternité	21
• La planification familiale	21
• L'éducation familiale	23
• Les consultations prénatales	24
✓ Dans le domaine de la petite enfance	27
2.2. La formation du personnel local	29
3. Un rôle curatif	30
3.1. Les accouchements	32
3.2. Les suites de couches	34
4. Autres activités	36
4.1. Les activités médicales	36
✓ Les avortements	36
✓ Les Infections Sexuellement Transmissibles	37
✓ Les mutilations sexuelles	37
✓ Les violences sexuelles	38
4.2. Les activités extra médicales	39
✓ Coordinateur de terrain	39
✓ Rédacteur de rapports de missions	39
III. Difficultés et limites	40
1. Contraintes géopolitiques	41
2. Difficultés économiques	42
3. Difficultés médiatiques	43
4. Difficultés culturelles et religieuses	44
5. Difficultés professionnelles	45
6. Difficultés personnelles	46
7. Difficultés spécifiques à la profession	47

8. Difficultés liées au retour

49

Conclusion

51

Références bibliographiques

Annexes

INTRODUCTION



(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

« L'action humanitaire est une forme moderne de la charité. »
Cornelio SOMMARUGA

En quatre ans, j'ai acquis les connaissances indispensables à la pratique d'une profession universelle : Sage-femme.

L'an dernier, j'ai eu l'opportunité de réaliser un souhait qui m'était cher : exercer ma future profession hors de nos frontières. Je suis donc partie quatre semaines, lors d'un stage optionnel, à l'hôpital de Donka à Conakry.

C'est pendant l'élaboration de ce projet de stage en Guinée Equatoriale que l'idée m'est venue de consacrer le sujet de mon mémoire à la Place de la Sage-femme dans le Monde Humanitaire.

Suite à la présentation de quelques notions et définitions sur l'humanitaire, ce mémoire étudie le rôle que la sage-femme y occupe ainsi que les difficultés et limites qu'elle peut y rencontrer.

La revue de la littérature étant pauvre à ce sujet, j'ai pu enrichir mes écrits par le biais d'un questionnaire (Annexe 1) adressé à diverses sages-femmes expatriées d'hier et d'aujourd'hui. Après avoir sollicité différents organismes humanitaires (Médecins Sans Frontières, Médecins Du Monde, Aide Médicale Internationale et Association Française des Volontaires du Progrès), questionné les contacts de ma Maître de mémoire et interrogé mes connaissances personnelles, j'ai pu recueillir onze questionnaires sur dix-sept sollicitations (chaque citation de ces sages-femmes expatriées sera faite en *italique*).



ANGOLA. Femmes et enfants Muchaca.
(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

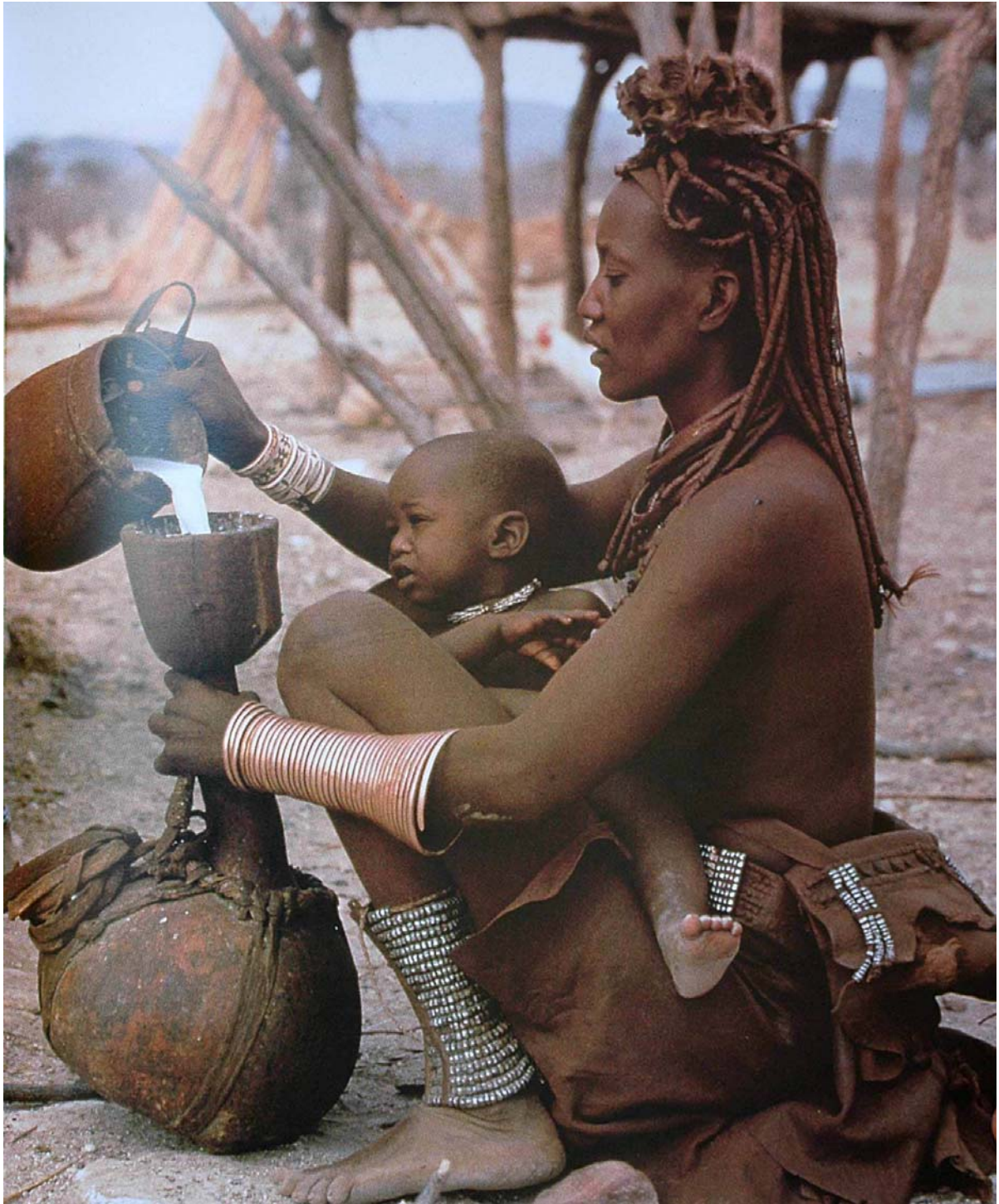
Les professionnels de santé trouvent toute leur place dans les mouvements de solidarité organisés auprès des populations en détresse, puisque la médecine est par essence humanitaire. C'est pour eux l'occasion d'exercer leur métier à part entière pour cette noble cause. L'humanitaire suscite de réelles vocations ; poussées par l'envie de lutter contre la souffrance, de préserver la vie mais aussi d'intervenir pour la liberté, la dignité et le respect des droits de l'Homme, en particulier des populations les plus vulnérables : les femmes et les enfants.

La grossesse n'est pas une maladie ; l'accouchement et la maternité non plus. Pourtant, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, chaque minute, une femme meurt de complications liées à la grossesse et à l'accouchement ; soit 1 600 décès par jour, principalement en Afrique, en Asie et en Amérique Latine. Ces complications sont également à l'origine de 3 millions d'enfants mort-nés et du décès de 3 autres millions de nouveaux-nés au cours de leur première semaine.

Agir en faveur de la santé materno-infantile ; c'est d'abord porter une attention particulière à la grossesse, l'accouchement, la naissance et la santé des nouveaux-nés.

La sage-femme en tant que présence et soutien de la femme au cours de sa réalisation de mère, ne peut accepter le paradoxe de mourir au moment de donner la vie. C'est pourquoi, elle peut choisir de lutter pour plus de dignité et de liberté au moment de l'accomplissement d'une nouvelle vie, ce combat pouvant prendre parfois la forme d'un engagement au sein de l'humanitaire.

I. QUELQUES NOTIONS ET DÉFINITIONS



NAMIBIE. Mère himba avec son bébé, dans le Kaokland.
(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

« L'histoire des Hommes nous concerne tous. »
Albert CAMUS

1. L'humanitaire

De nombreux sondages et enquêtes d'opinions confirment que la population des pays dits développés est de plus en plus sensible à la réalité du sous-développement dans le monde et de plus en plus consciente du décalage qui existe. Cette sensibilisation, cette prise de conscience conduisent donc naturellement à une volonté d'agir concrètement, d'être présent sur les lieux défavorisés, d'être solidaires avec ceux qui œuvrent pour une action humanitaire.

Mais que signifie réellement le mot humanitaire ? [1]

Par définition, l'adjectif humanitaire se dit d'une action, d'une institution, d'une doctrine (parfois de quelqu'un) qui s'intéresse aux biens de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'homme, par l'élimination des maux et des injustices, la réforme de la société, etc. [2]

Humanitaire : un mot créé vers 1830 par des journaux ; une philosophie qui met l'accent sur l'appartenance de chaque peuple à une humanité commune. L'action humanitaire ne trie pas entre les victimes. Puis, vers 1970, de nouvelles pratiques se dévoilent avec la naissance de l'aide médicale par des bénévoles et professionnels.

Humanitaire : une notion en débat aussi, dont les enjeux sont multiples. Autour d'une philosophie qui revisite les droits de l'homme, se réarticulant de façon inédite le politique et l'économique. [3] [4]

« A la question « qu'est-ce que l'homme ? », la philosophie humanitaire répond simplement qu'il n'est pas fait pour souffrir. Les principes humanitaires interdisent de penser la souffrance à l'aune de l'histoire et de la politique », Rony BRAUMAN (président de Médecins Sans Frontières de 1982 à 1994). [4]

2. Rappel historique

C'est en Europe, à la fin du XIX^{ème} siècle, qu'émergent les racines de la médecine humanitaire par la naissance du premier véritable organisme privé : La Croix Rouge. Henri DUNANT, son fondateur (qui recevra en 1901 le Prix Nobel de la Paix), le crée initialement pour répondre à la souffrance des blessés de guerre.

L'esprit Croix Rouge repose sur trois grands principes :

- la neutralité de la victime,
- la nécessité de la permanence,
- un droit applicable à la guerre.

Elle acquiert son prestige lors de la Première Guerre Mondiale par ses multiples missions d'aide médicale d'urgence et de rapatriement des prisonniers grands blessés. Par la suite, elle diversifie son action par des missions à long terme de santé publique et de prophylaxie.

Au cours de la Seconde Guerre Mondiale, La Croix Rouge utilise des méthodes similaires, mais reste impuissante face à l'horreur du génocide. Elle se refuse à témoigner pour préserver son activité d'assistance grâce à sa neutralité, ce qui justifie son immobilisme. Elle atteint alors ses limites ce qui suscitera l'essor de

nombreuses organisations, dont les actions sont parfois associées à des préférences politiques, religieuses ou idéologiques.

Dans les années 1950-60 naît également l'Organisation des Nations Unies (ONU) et les organismes qui en dépendent.

En 1969, le désir d'autonomie des Ibos, peuple du Nigeria habitant une région riche et pétrolifère du Biafra, se heurte à une répression militaire brutale du gouvernement central. La population civile est fatalement touchée et la famine s'installe pour quatre millions de personnes en exode avec son cortège d'images horribles.

Sans attendre, La Croix Rouge et quelques médecins français, dont Bernard KOUCHNER et Max RECAMIER se rendent sur les lieux. Par sa volonté de préserver ses principes d'impartialité et de neutralité, La Croix Rouge est alors impuissante ; elle se heurte au refus de négocier du gouvernement nigérian. Révoltés, les French Doctors passent outre le serment du silence prêté à La Croix Rouge et dénonce le génocide du Biafra.

Ainsi naît un nouveau droit : l'ingérence comme droit d'assistance aux victimes. C'est un projet politique qui met le respect des individus avant le respect de la souveraineté nationale. Il autorise le recours à la force contre un gouvernement qui violerait les droits de l'homme, voire le droit international humanitaire. Entre Etats, l'ingérence peut être matérielle ou immatérielle. [5]

Dans le même temps, les French Doctors fondent le Groupe d'Intervention Médico-Chirurgical d'Urgence (GIMCU), petite organisation possédant peu de moyens. Agir, parler, soigner et témoigner vont être leurs maîtres mots. C'est en 1971 que le GIMCU se transforme et devient Médecins Sans Frontières (MSF) : véritable association de médecins et de paramédicaux travaillant entre actions d'assistance, témoignages, efficacité de terrain et dénonciation. Puis, toute une génération d'associations nouvelles verra le jour.

Ainsi, la naissance du sans frontiérisme a permis l'essor d'une action humanitaire privée, indépendante ayant une souplesse et une légèreté dans ses missions et une plus grande liberté d'action. [6]

3. L'initiative de Bamako

La « sécurité sociale » est un droit universel. Tout être humain a droit à un niveau de santé et de bien être en accord avec le respect de sa dignité et de son développement personnel. Chacun doit donc pouvoir satisfaire ce besoin.

Cependant, les pays en développement souffrent d'une situation sanitaire souvent précaire et ont pendant longtemps offert des prestations de santé de mauvaise qualité. Si des facteurs d'ordre géographique, environnemental et économique expliquent en partie cet état, d'autres raisons interviennent, impliquant la responsabilité des individus, des communautés et des gouvernements.

C'est pourquoi, pendant les années 1970-1980, un ensemble de réformes politiques a été élaboré en réponse à la dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays en voie de développement : l'initiative de Bamako. Elle a pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires à prix

abordables, tout en maintenant les coûts ; de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique, en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs. En outre, elle doit promouvoir la santé en incitant les ménages à un changement de comportements néfastes. [7]

La base de l'initiative de Bamako repose sur les soins de santé primaires qui sont essentiels, efficaces et accessibles.

Ces composantes sont :

- l'éducation pour la santé,
- la promotion pour de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
- l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base,
- la santé maternelle et infantile y compris la planification familiale,
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses,
- la lutte contre les grandes endémies locales,
- le traitement des lésions courantes,
- l'approvisionnement en médicaments essentiels y compris la pharmacopée traditionnelle,
- la collecte de données statistiques. [8]

La sage-femme en mission humanitaire applique principalement cette initiative auprès des femmes et des nouveaux-nés.

4. Les organismes humanitaires

Les divers organismes humanitaires possèdent des points communs mais détiennent également leur propre spécificité.

Ainsi trois grandes catégories se distinguent :

- les ONG : Organisations Non Gouvernementales,
- les organismes gouvernementaux,
- les organismes internationaux. [9]

4.1. Les Organisations Non Gouvernementales

La forme d'organisation sociale que l'on désigne sous le vocable d'ONG, Organisations Non Gouvernementales, est un terme imprécis désignant les associations de solidarité internationale ou associations humanitaires. Elles sont au confluent de deux courants de pensées, l'un associationniste et l'autre missionnaire. Le premier tire son origine de la formation de groupes de personnes réunies par un même idéal, oeuvrant gratuitement pour atteindre des objectifs communs. Le second courant est caractérisé par la dynamique d'un certain nombre de personnes franchissant les frontières soit pour aller porter la bonne parole, soit pour diffuser les savoirs rationnels et les techniques modernes.

Elles représentent toutes les organisations d'intérêt public qui ne relèvent ni de l'état, ni d'une institution internationale. En France, la plupart d'entre elles sont régies par un statut de type loi 1901 : associations à but non lucratif. [10] [1]

Leur définition s'axe autour de la solidarité. Leur objectif est d'œuvrer pour le développement des pays défavorisés. Elles sont apolitiques, indépendantes financièrement et peuvent être confessionnelles ou non. [11]

A la différence des organismes internationaux, ces associations souhaitent se démarquer par une éthique particulière : les valeurs de gratuité, de bénévolat, de désintéressement, de partage et de respect des droits de l'Homme sont revendiquées et perçues comme identifiantes : [1]

« Désintéressement, apolitisme, dimension Nord / Sud, voilà en principe, le trépied de la définition conceptuelle des ONG », Charles CONDAMINES (écrivain). [12]

En corrélation avec une médiatisation poussée, ces organismes ont montré une capacité peu commune à collecter des fonds dans le public. Elles sont devenues dans l'opinion publique, l'incarnation de l'efficacité, de la proximité et du dialogue transparent. [10]

C'est cette adéquation qui leur a permis d'accéder à une véritable notoriété internationale, non seulement auprès des opinions publiques, mais aussi des gouvernements et des grandes multinationales. Le financement est donc assuré par les dons au sens large (fonds collectés auprès du public, legs, mécénats d'entreprises) et une autre partie par des subventions politiques nationales ou locales. [1]

Parmi les organisations françaises les plus connues :

- MSF : Médecins Sans Frontières,
- MDM : Médecins Du Monde,
- AMI : Aide Médicale Internationale,
- La Croix-Rouge,
- Action Contre la Faim.

D'autres sont moins célèbres, mais tout aussi efficaces :

- FIDESCO : ONG rattachée à la DDC (Délégation Catholique pour la Coopération),
- Secours Populaire Français,
- GSF : Gynécologie Sans Frontières, etc.

Elles ont en commun le même objectif : répondre à l'urgence et assurer le développement des pays défavorisés.

La plupart des sages-femmes expatriées partent avec ce type d'organismes pour des missions diversifiées.

4.2. Les organismes gouvernementaux

Ils se distinguent des ONG parce qu'ils sont sous le contrôle d'un gouvernement ; ils n'ont donc pas d'indépendance.

Ainsi, leur politique de personnel est différente, puisque les expatriés sont engagés par les pouvoirs publics. [9]

4.3. Les organismes internationaux

Ce sont aussi des organismes gouvernementaux ; ils accordent une aide dite « multilatérale », c'est à dire financés par plusieurs pays. Mais la problématique reste la même en ce qui concerne leur indépendance, même si elle s'avère moins marquée de par l'intervention de plusieurs gouvernements.

Les pays en développement apprécient en général cette aide car elle n'est pas assortie aux contraintes caractéristiques de l'aide bilatérale. Elle permet la mise en concurrence des fournisseurs d'équipement et de services de différents pays. Elle n'entraîne pas, en principe, l'établissement de liens de dépendance avec un pays en particulier.

En revanche, d'autres inconvénients existent : il est reproché très souvent à ces organisations leurs charges administratives trop lourdes et leur coût de fonctionnement élevé. [1]

Le « système des Organisations des Nations Unies » englobe toute une série d'entités dont la mission est de favoriser le progrès économique et social de tous les peuples en s'appuyant sur les institutions internationales. Elles ne se contentent pas de combattre les fléaux de l'humanité : elles oeuvrent pour la mise en place de systèmes modernes de santé. Mais ces organisations n'ont ni le mandat, ni les moyens d'imposer des décisions. Elles formulent des recommandations couvrant pratiquement tous les champs du développement.

Voici quelques exemples d'organisations sectorielles :

- Santé : OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- Education et Culture : UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture.
- Protection de l'Enfance : UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. [1]

Généralement, ces organismes financent les actions sur le terrain. Ils ne les réalisent que très rarement et les sous traitent soit par des ONG internationales ou nationales, soit par les autorités sanitaires locales.

L'UNICEF et l'OMS engagent des sages-femmes qui ont un statut de contractuelle ou la possibilité de devenir fonctionnaire internationale.

5. Le personnel expatrié

5.1. Le profil

Dès que nous nous interrogeons sur les motivations de ceux qui réalisent ces activités humanitaires, sur les buts poursuivis, ou la signification de leur engagement, des attentes communes sont retrouvées.

Toutefois, chaque volontaire présente ses propres désirs et recherches ; ce que reflète l'analyse du questionnaire illustrant ce mémoire (Annexe2).

Tout d'abord, la principale motivation des sages-femmes expatriées s'avère être la recherche d'aventures humaines et de découvertes :

- « *une envie d'aventure aussi* »,
- « *apprendre à connaître les différences entre les peuples* »,
- « *le décalage entre ici et ailleurs* »,
- « *voir ailleurs en y travaillant* »,
- « *l'échange culturel* ».

Ensuite, une autre notion se répète ; celle d'un besoin de changement par une recherche de plus de simplicité et de véritables relations humaines :

- « *un besoin d'aventure, de m'évader, de couper avec la routine* »,
- « *une envie de travailler dans un autre contexte* »,
- « *découverte de nouvelles façons de vivre, de nouveaux modes de pensée* ».

Puis, l'idée de se sentir utile, d'être solidaire et altruiste est souvent développée :

- « *cette soif de donner pour l'autre, de se rendre utile* »,
- « *mon altruisme, envie de me rendre utile, aider les plus démunis que moi* »,
- « *une envie d'aider effectivement, un goût pour la solidarité* ».

De plus, la polyvalence semble également être une condition importante, elle permet la substitution en cas d'urgence ou de manque de personnel compétent :

- « *il faut donc être très polyvalent ou accepter d'être polyvalent car la plupart du temps on est sur le fait accompli et on apprend sur le terrain avec d'autres expatriés expérimentés* ».

Tout ceci fait suite à un engagement personnel souvent en liaison étroite avec une envie de témoigner :

- « *pour témoigner, pour ne pas rester immobile devant l'actualité* »,
- « *la pauvreté des populations, le fossé entre les pays riches et pauvres, l'inégalité des chances* »,
- « *avoir une action en rapport avec mon engagement politique, refus du statut quo actuel, révolte, volonté d'engagement* ».

De telles expériences en humanitaire sont très enrichissantes sur divers points de vue.

Personnellement, ces actions sont « *une richesse inestimable* ». Elles développent l'« *ouverture d'esprit* » et permettent de « *relativiser la gravité des problèmes* ». Elles complètent nos connaissances sur les « *contextes géopolitiques* ». Elle représente une véritable richesse « *humainement parlant* », « *une aventure humaine et altruiste* ».

Professionnellement, ces missions permettent « *d'ouvrir les yeux sur le métier de sage-femme* » par les diverses activités pratiquées. Elles entraînent l'« *acquisition de l'expérience dans la pathologie* » et dans le « *domaine de la clinique* ». De plus, cela développe des capacités à « *travailler seule et sans moyens* ».

Pour finir, ces diverses sages-femmes expatriées fondent leur raisonnement sur une notion essentielle :

« *une opportunité d'avoir un métier exportable* ».

5.2. Le statut

Participer au travail d'une ONG est le meilleur moyen de faire connaissance en profondeur avec les problèmes et les espérances des populations en détresse, avec leurs projets de développement et la richesse de leurs cultures. [1]

✓ Le bénévolat

Un bénévole est une personne de tous âges, toutes formations, toutes origines, toutes nationalités. Il caractérise celui qui s'investit dans les actions de solidarité occasionnelles et intermittentes, de courte durée, en dehors de ses activités ordinaires et donc garde son statut initial et ses avantages (étudiant, salarié, travailleur, retraité...).

Bénévolat ne veut pas dire amateurisme, il apporte des compétences précises aux associations (formation, soins médicaux, informations, etc.).

Les conditions de départ varient selon les associations, cependant l'organisme participera souvent aux frais de voyage. Il peut assurer les participants contre les risques de maladies et d'accidents. Il couvre aussi la responsabilité civile de chacun et prévoit souvent un stage de formation avant le départ. [1]

✓ Le volontariat

Le terme « volontaire » concerne plus spécialement ceux qui s'engagent dans des activités à plein temps, pour une durée assez longue, dans un pays en développement : le volontaire est lié par un contrat, avec une association dans le cadre de la coopération non gouvernementale.

Il n'est pas salarié mais il a un statut assimilé à celui d'un travailleur. Il reçoit des indemnités de subsistance et bénéficie de certains avantages en nature (logements, etc.) dans certaines associations. Le volontaire possède, depuis 1986, un statut lui assurant par ailleurs une couverture sociale. [1]

✓ Le coopérant

Cette appellation s'applique communément à des professionnels de secteurs privés et surtout de secteurs public, mis par l'Etat français à la disposition d'un Etat étranger, dans le cadre de la coopération. Tous les secteurs professionnels sont représentés avec une majorité d'enseignants. Le coopérant, dépend selon le pays d'affectation, du ministère de la Coopération ou du ministère des Affaires Etrangères. [1]

✓ Le salarié

Personne qui perçoit un salaire dans le cadre d'un contrat de travail. Le « congé de solidarité internationale » du secteur privé ou la « disponibilité pour convenance personnelle » du public permet à tout salarié ayant au moins un an d'ancienneté de s'arrêter six mois pour participer à une mission humanitaire. [13] [14]

Dans les organisations gouvernementales, tous les personnels sont salariés. Tandis que dans les non gouvernementales cohabitent divers personnels : bénévoles, volontaires, salariés en Contrat à Durée Indéterminée ou Déterminée. Dans les ONG, les postes de salariés ne sont pas majoritaires et sont le plus souvent à durée déterminée et proposés à du personnel ayant déjà eu l'expérience du volontariat. Ils prennent alors un poste à responsabilités au siège ou sur le terrain.

5.3. Le mode de recrutement

✓ Le premier courrier

Il constitue la première étape pour la sage-femme désireuse de partir en mission humanitaire.

Ensuite, les associations procèdent de deux façons :

- soit il est demandé à la future volontaire d'envoyer sa lettre de candidature et son curriculum vitae au service de recrutement (le plus fréquent),
- soit elle reçoit un dossier de candidature à remplir. Celui-ci contient généralement des informations sur le poste proposé, le profil recherché et l'activité générale de l'association. Un CV et une lettre de candidature sont souvent à joindre au dossier. [15]

✓ La lettre de candidature

Elle sert essentiellement à expliquer les motivations de la candidate. L'importance de cette lettre est à nuancer par rapport à celle du CV, car c'est véritablement lors de l'entretien que les motivations seront appréciées. [15]

✓ Le Curriculum Vitae

Il doit s'articuler autour de trois points :

- l'expérience professionnelle,
- la maîtrise d'une ou plusieurs langues étrangères,
- les activités extraprofessionnelles.

Il est utile de préciser également sa disponibilité (moment, durée).

Après réception de la totalité, le responsable de recrutement de l'association étudie la demande. S'il est intéressé par la candidate, il la convoquera pour un entretien de recrutement. [15]

✓ L'entretien de recrutement

Il sert à apprécier les motivations de la candidate.

Les candidates retenues peuvent se retrouver face à deux situations :

- soit elles se verront proposer une mission,

- soit elles seront inscrites sur un fichier volontaire (elles peuvent alors être appelées à tous moments pour partir en mission et doivent donc être rapidement disponibles).

Certaines associations (MSF et MDM) proposent une formation de préparation au départ aux candidates recrutées, afin de les familiariser avec les modes de fonctionnement de l'association, de discuter de la mission. [15]

5.4. Les critères de sélection

✓ Le diplôme

La sage-femme doit posséder d'un diplôme d'Etat de sage-femme. [15]

✓ L'expérience professionnelle

Pratiquement toutes les associations exigent un minimum de deux ans de pratique professionnelle, signe de maturité et d'expérience. [15] [16]
Cependant, il est possible, mais plus difficile, de partir dès l'obtention du diplôme.

✓ La pratique d'une langue étrangère

Le plus souvent essentielle et nécessaire ; la maîtrise de l'anglais, de l'espagnol ou du portugais est demandée. La candidate doit pouvoir lire, comprendre et parler couramment cette langue. [15]

✓ Les qualités recherchées

Elles sont multiples :

- la capacité à travailler en équipe (écoute, patience, calme), à porter le projet,
- la résistance psychologique et physique,
- la capacité d'adaptation,
- le professionnalisme,
- savoir gérer ses émotions,
- l'ouverture d'esprit,
- la diplomatie,
- le dynamisme et l'enthousiasme,
- le sens de l'organisation,
- le sens des relations,
- des qualités pédagogiques. [15] [16] [17] [18]

✓ La disponibilité

En général, les associations telles que MSF, MDM, AMI demandent une disponibilité d'au moins six mois ; mais pour de plus petits organismes, il est parfois possible de partir de un à trois mois. [15]

6. Les différents types de missions

6.1. Les missions d'urgence

Elles sont ponctuelles et ont pour but de répondre à une situation de crise afin de secourir les populations en danger.

L'aide est assurée en collaboration avec les structures et le personnel local.

La souplesse du fonctionnement des ONG, leur capacité d'intervention à atteindre les populations les plus défavorisées, ainsi que le dévouement des volontaires ont été reconnus par les gouvernements et les institutions internationales qui n'hésitent pas à faire appel à elles chaque fois qu'un nouveau drame se produit dans une région du monde. De plus, la puissance des outils logistiques leur permet d'intervenir à tout moment.

Ces actions sont déclenchées dans différentes circonstances :



L'urgence : une aide problématique.
(Textes et Documents pour la Classe, n° 822)

- les catastrophes naturelles (tremblements de terre, tsunamis, inondations, etc.) pour lesquelles l'assistance médicale constitue en une prise en charge des blessés, l'approvisionnement en matériel et l'installation de dispensaires provisoires,
- les épidémies pour lesquelles l'action est curative et également préventive (vaccinations, traitements des eaux, enseignement des mesures d'hygiène, etc.),

- les déplacements de population pour lesquelles l'action médicale vise à juguler la malnutrition et les épidémies en instaurant une surveillance médicale adaptée,
- les situations de conflits nécessitant la mise en place de structures de soins pour la population civile, incluant des actions médicales et chirurgicales pour les blessés, civils ou non.

Ces missions durent de un à six mois et généralement les volontaires n'en assurent pas la totalité. Ils se succèdent sur un même lieu de mission car les conditions sont particulièrement éprouvantes (charges de travail, insécurité, etc.).

Nombre d'associations se sont rendues compte que cette aide d'urgence, si elle est indispensable lors des catastrophes, ne s'attaquaient qu'aux conséquences des problèmes mais jamais à leurs racines. La pauvreté, la misère constituent dans ces pays des données non pas conjoncturelles, mais structurelles. Ce problème a donc conduit de nombreuses associations à s'orienter vers des actions de développement. [19]

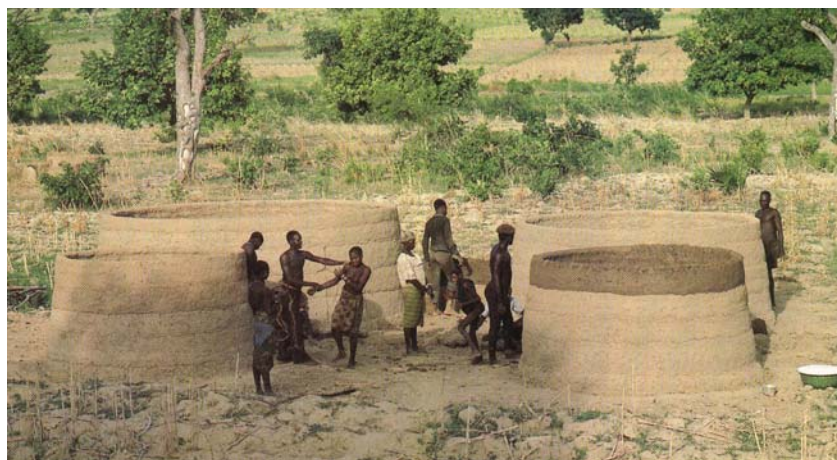
6.2. Les missions de développement

Egalement appelées missions à long terme, elles ont pour but d'apporter des solutions durables aux conséquences de la pauvreté et de la précarité là où les infrastructures sanitaires sont insuffisantes ou limitées en personnel.

La démarche est double :

- former le personnel paramédical et technique local afin de les rendre autonomes et de pouvoir faire disparaître la mission à long terme,
- créer et restructurer des unités de soins.

Des programmes spécifiques peuvent également être ponctuellement développés (campagnes de lutte contre la tuberculose, diphtérie, choléra ou paludisme, programmes de vaccinations, campagnes d'informations sur l'hygiène alimentaire, etc.).



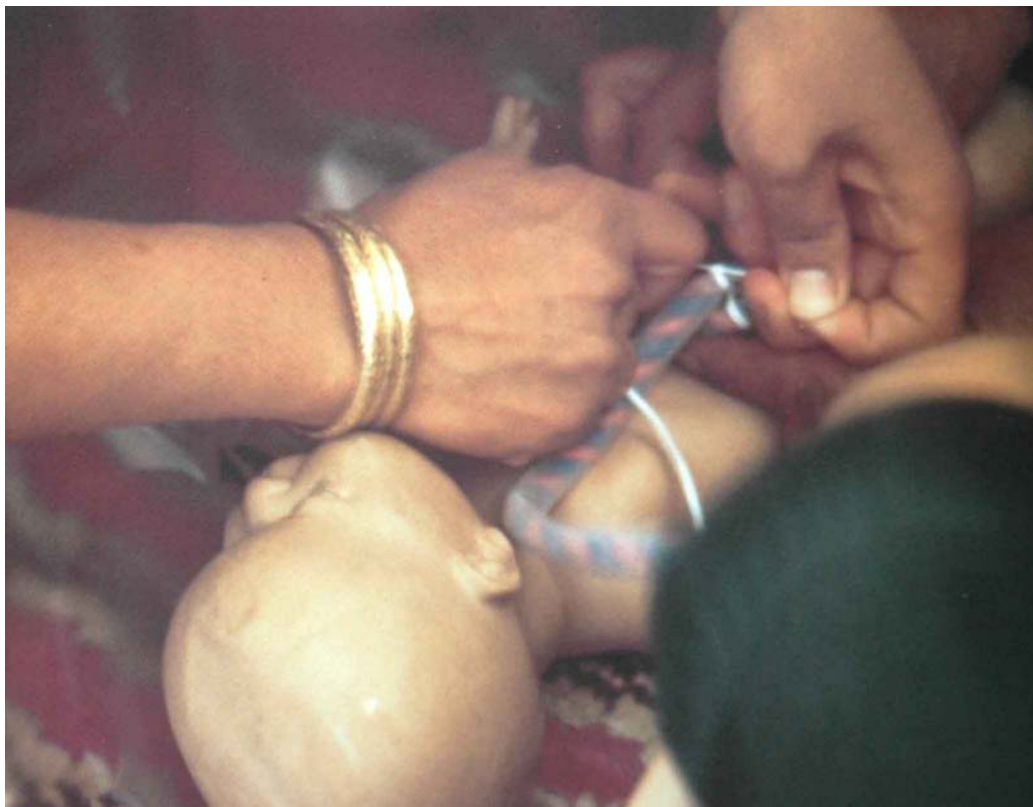
L'aide au développement.
(Textes et Documents pour la Classe)

Ces actions durent plusieurs années le plus souvent. Fréquemment, les volontaires se succèdent pour pouvoir effectuer la totalité de la mission.

La séparation missions d'urgence / missions de développement reste un peu « théorique ». En pratique, une mission d'urgence type conflit conduit souvent à une mission à moyen ou long terme en post conflit. Une politique de coopération, de partenariat, fondée sur le dialogue, est l'une des caractéristiques principales de cette mutation.

Ces deux types de missions sont toujours précédées de missions d'évaluations pouvant durer plusieurs semaines, permettant d'évaluer les besoins et les possibilités pratiques locales afin de déterminer le type d'aide à mettre en place. Ces actions sont souvent menées en collaboration avec des organismes institutionnels (ONU, OMS, UNESCO, UNICEF, etc.). [14] [17]

II. Place de la sage-femme dans le monde humanitaire



AFGHANISTAN. Simulation des soins du cordon, Maslakh, 2001.
(Sage-femme en Afghanistan, Editions Cheminements)

« L'humanitaire, c'est le souci de l'autre : préserver sa vie, son intégrité physique, mais aussi préserver sa dignité et sa liberté. »

Xavier EMMANUELLI

« La santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'OMS

L'humanitaire tend à diversifier la nature de ses actions, de l'urgence au long terme. Ces organismes représentent une des seules alternatives efficaces pour lutter contre la résignation à l'abandon des deux tiers des habitants de notre planète. [6] [16]

La santé des femmes est une partie intégrante du champ d'action de l'humanitaire. « L'intérêt de faire appel à une sage-femme dans des missions à l'étranger découle directement de sa polyvalence en tant que professionnelle de santé. Il est donc bon de rappeler les compétences qu'elle a acquises à la fin de ses cinq années de formation initiale pour percevoir tout ce qu'elle peut apporter à une mission humanitaire.

Ses compétences en obstétrique lui permettent de faire des consultations prénatales, des échographies anténatales et la préparation à l'accouchement, d'assurer les accouchements ainsi que la surveillance et les soins en postnatal. Par ailleurs, elle participe à la prise en charge des grossesses à risques.

Ses compétences en pédiatrie et en puériculture l'amènent à s'occuper des soins, de la réanimation et de la surveillance des nouveaux nés pendant la durée de leur séjour en maternité.

Ses connaissances des familles de produits pharmacologiques lui confèrent le droit de prescrire certains médicaments (Annexe 3).

Ses responsabilités lui donnent le statut de personnel médical à part entière.

Cette formation initiale lui permet donc d'exercer dans tous les secteurs d'activités d'une maternité et d'acquérir ainsi une expérience qui lui permet de faire face, sur le terrain, à tous les problèmes de la femme, de la mère en devenir et du jeune enfant. Cela se traduit aussi par des actions de préventions et de dépistages précoces au sein des centres de protection maternelle et infantile (PMI) relatives aux difficultés sociales et économiques qui aboutissent à l'émergence de nouvelles difficultés tant dans le domaine de la santé, que dans le domaine psychologique.

Au delà de ces aspects généraux, elle est bien sûr aussi un acteur hospitalier avec tout ce que cela implique au niveau du respect des règles d'hygiène et d'asepsie, de travail en collaboration avec d'autres professionnels de santé, de transfert de savoir... », Nelly STADERINI (sage-femme expatriée). [20]

Outre le champ d'action privilégié de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement, la sage-femme pourra aussi intervenir dans d'autres d'actions relative à la santé des femmes : contraception, violences sexuelles, orthogénie.

De part sa formation initiale, la sage-femme a déjà les bases théoriques pour prendre en charge tous ces problèmes et pourra donc plus facilement et plus rapidement acquérir une formation secondaire au besoin.

1. Les missions d'évaluations

La première étape de toute action humanitaire est l'analyse de la situation ainsi que la prise de contact avec la population.

Cette tâche est confiée à une équipe « d'évaluateurs » dans laquelle une sage-femme expérimentée peut avoir sa place. Leur mission est de recueillir le plus d'informations sur les besoins des populations et les structures existantes. La sage-femme a plus particulièrement une vision globale des problèmes rencontrés par les femmes sur le plan sanitaire et sociale. Sa capacité à évaluer les besoins de la mère et de l'enfant permet de cibler les actions à engager et surtout les compétences nécessaires à leur réalisation. [20] [21]

1.1. L'analyse de la situation

La prise en compte des différentes contraintes d'un contexte donné est primordiale :

- situation démographique et géographique,
- situation économique, politique et sociale :
 - conditions de vie,
 - rites culturels,
 - place de la femme au sein de la société,
 - parité,
- situation administrative,
- situation sanitaire :
 - causes de mortalité et de morbidité maternelle et infantile,
 - principales pathologies rencontrées chez la mère et chez l'enfant,
- situation du système de santé :
 - évaluations qualitatives et quantitatives du personnel médical et paramédical,
 - compétences du personnel,
 - moyens et matériels existants,
 - rémunération et motivation du personnel local,
 - évaluation de l'activité,
 - organisation des services,
 - état des structures sanitaires (locaux, électricité, etc.),
 - matériels pédagogiques,
 - organisation et liens de références entre les différentes structures. [21]

1.2. La prise de contact

Sur place, il est essentiel, de rencontrer les responsables et futurs partenaires locaux, parfois les autres organisations déjà présentes.

Une sage-femme expatriée, responsable d'une maternité, souligne cette idée : « *il a fallu un temps d'observation et d'adaptation que ce soit de ma part, mais aussi pour chacune des sages-femmes et des matrones que je dirigeais* ».

Tout ceci afin de se donner un temps d'observation et d'évaluation permettant de déterminer les besoins par rapport à la situation donnée et d'élaborer un plan opérationnel prévisionnel. [21]

1.3. La définition des objectifs et des stratégies

L'analyse de la situation étant faite, les objectifs généraux sont ensuite définis : amélioration de la santé et diminution de la morbidité et de la mortalité de la population.

Les objectifs spécifiques peuvent être divers :

- construction de nouvelles structures,
- amélioration des structures de santé présentes,
- mise en place d'un système de financement,
- formation du personnel local,
- soutien de l'activité d'espace des naissances,
- soutien technique ou matériel à une structure de santé,
- amélioration de la qualité des soins.

Dans les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, on évaluera l'aspect humain, logistique et médical pour définir un budget prévisionnel.

Le problème essentiel que se pose un soignant dans un contexte de pénurie, est l'obligation de moyens. Ils doivent répondre à un certain nombre de principes :

- ne pas nuire en introduisant des techniques qui ont suffisamment prouvé leur efficacité ; les pays en voie de développement ne sont pas un champ d'expérimentation,
- ne pas déséquilibrer les budgets nationaux de santé en important des moyens ou des techniques qui ne pourront être soutenus par les finances du pays d'accueil ; c'est l'économie de moyens,
- observer les politiques sanitaires nationales, si elles existent, en prenant en compte les textes et recommandations ministériels locaux,
- respecter les cultures locales et structures sociales (hiérarchie, médecine traditionnelle, etc.),
- adapter les techniques aux capacités du personnel local ; c'est l'économie des gestes,
- assurer la continuité des programmes (malgré le renouvellement fréquent des équipes) en gardant, dans la mesure du possible, un même discours sanitaire et une cohérence dans les actions. [22]

Ces missions d'évaluations demandent donc une bonne expérience des actions humanitaires, des populations, des qualités d'écoute, d'observation et de diplomatie. Elles sont généralement de courte durée.

Elles doivent aboutir à la description d'une analyse de la situation relativement bien formalisée permettant de comprendre les choix qui ont prévalu à une action de sa conception jusqu'à sa mise en œuvre. C'est ainsi que l'analyse des besoins et l'étude de la faisabilité sont considérées comme des phases essentielles de toutes actions humanitaires ; mais il ne faut également pas omettre l'analyse des résultats et du processus, reflet de l'impact sur le terrain. [21] [23]

2. Un rôle préventif

La stratégie de l'OMS « Pour une grossesse à moindre risque » s'inscrit dans le cadre de l'initiative « Pour une maternité sans risque » et vise principalement à faire participer le secteur de la santé à l'objectif de réduction des décès maternels et néonataux.

La prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement fait partie de cette stratégie et consiste principalement à :

- améliorer les compétences du personnel de santé grâce à l'élaboration des lignes directrices et de normes adaptées aux besoins locaux pour la prise en charge des grossesses et de l'accouchement à divers niveaux du système de santé,
- prendre des mesures pour permettre aux systèmes de santé d'apporter une réponse mieux adaptée aux besoins des femmes enceintes et des nouveaux-nés. Améliorer la qualité des services de santé au niveau du district, en dotant les établissements concernés d'un personnel, d'une logistique et d'un matériel appropriés,
- sensibiliser les populations aux questions de santé et promouvoir les activités qui ont un effet positif sur les attitudes et pratiques de la famille et de la communauté vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement.

Tout le versant préventif est à une place prépondérante dans ce projet. [24]

2.1. La protection maternelle infantile

La Protection Maternelle et Infantile regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire. Le but poursuivi n'est pas seulement de lutter contre la maladie mais aussi de réaliser une véritable promotion de la santé considérée globalement dans la rencontre d'un individu avec un environnement physique, social et psycho-affectif qui peut lui être nuisible ou au contraire favoriser son épanouissement. [25]

Le terme de Protection Maternelle et Infantile (PMI) recouvre donc l'ensemble des moyens adaptant le système de santé aux objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile et de promotion de la santé. [26]

✓ Dans le domaine de la maternité

• La planification familiale

La santé reproductive est un droit de l'Homme, mais n'est pas encore une réalité. [27]

Chacun devrait avoir accès à des soins de santé en matière de reproduction et être en mesure de procéder à des choix informés, de planifier les naissances par des méthodes non contraires à la loi, sûres, efficaces, abordables, appropriées et sensibles aux valeurs culturelles en évitant ainsi les grossesses non souhaitées.

Selon la dernière enquête publiée conjointement par l'OMS/UNICEF/FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population : apporte son soutien aux pays émergents et en développement dans trois principaux domaines : santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, la croissance démographique et les campagnes de plaidoyer) sur la mortalité maternelle : les femmes africaines risquent 175 fois plus de mourir en couches que celles des pays industrialisés. Ces chiffres alarmants reflètent donc la nécessité d'une prise en charge de la santé en matière de reproduction.[28]



En bref, la pratique de la contraception sauve la vie des femmes :

- en évitant un avortement dangereux : une contraception efficace empêche les grossesses non souhaitées, interrompues souvent dangereusement par des avortements causant chaque année près de 100 000 morts maternelles,
- en limitant l'exposition aux risques de la grossesse et de l'accouchement : une grossesse non souhaitée expose inutilement les femmes à des risques de santé, notamment en l'absence de soins obstétricaux,
- en limitant les naissances aux tranches d'âges les plus vigoureuses : l'enfantement est moins dangereux pour les femmes de 20 à 40 ans,
- en limitant le nombre de naissance : les femmes qui ont 4 enfants ou plus courent infiniment plus de risques. [29]

NOUVELLE GUINEE

Enfant Yafar.

(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

Seulement, aujourd'hui encore, de nombreux facteurs peuvent être identifiés comme des obstacles à la régulation des naissances : la résistance du conjoint, les croyances religieuses ou inspirées par la communauté, l'absence de programmes de distribution à base communautaire, ainsi que le manque d'informations, de formations et l'absence de motivation du personnel local.

C'est pourquoi, l'Institut Privilégié du Personnel et du Développement (CIPD : Chartered Institute of Personnel and Development) a appelé tous les pays à prendre des mesures pour répondre aux besoins des populations concernant la planification familiale et pour assurer, d'ici à 2015, l'accès de tous à un éventail complet de méthodes de planification familiale sans danger et fiables. Les buts sont d'aider les couples et les individus à atteindre leurs objectifs de procréation, de prévenir les grossesses non désirées et de réduire le nombre de grossesses à hauts risques ; ainsi que de rendre abordables, acceptables et accessibles à tous des services de planification de qualité ; mais également d'améliorer la qualité de l'information, des conseils, des services et d'accroître la participation des hommes à la pratique de la régulation des naissances.

Ce concept global est prôné grâce aux bénéfiques pratiques en résultant :



AFGHANISTAN. La pilule, Maslakh, 2001.
(Sage-femme en Afghanistan, Editions Cheminements)

- pour les individus : la maîtrise de la croissance promet une amélioration des conditions de santé maternelle et infantile, l'élargissement des chances offertes aux femmes en matière d'éducation, d'emploi et de participation sociale, la réduction des décès maternels et la limitation du recours à l'avortement,
- pour les familles : la moindre compétition et le moindre éparpillement des ressources, le recul de la pauvreté des ménages et la possibilité accrue de prise de décisions en commun,

- pour la société : l'accélération de la transition démographique et l'accélération du développement économique. [30] [31]

Finalement, la sage-femme, professionnel de soins au contact des femmes, est le personnel privilégié pour répondre à ces besoins. Elle est souvent leur témoin et leur confident privilégié ; c'est pourquoi, elle est la partenaire idéale dans ce type de projet.

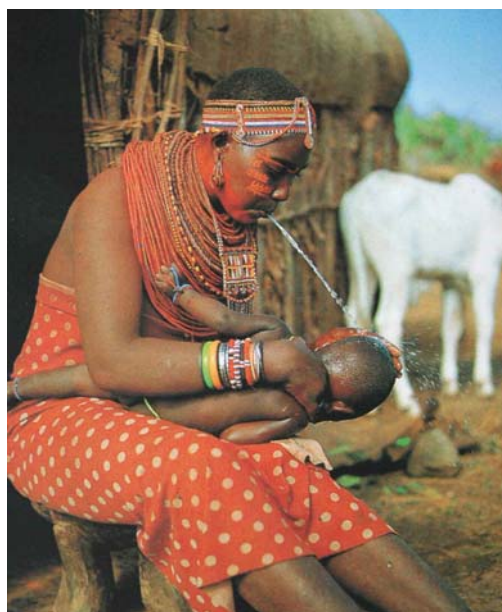
• L'éducation familiale et sanitaire

Elle a pour mission de prévenir les risques sanitaires et de promouvoir les modes de vie favorables à la santé.

Elle dépasse le simple enseignement pour déboucher sur le développement des facultés physiques, intellectuelles et morales, ce qui aboutit à une acquisition de comportements.

Il s'agit d'acquérir des comportements nouveaux et d'en abandonner d'autres. [32]

Par le biais de la planification familiale et des consultations prénatales, la sage-femme peut tenter de transmettre de nombreux messages propices à la santé des familles.



KENYA. Toilette au crachat d'un enfant Masaï.
(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

- Les consultations prénatales
(surveillance médico-sociale de la grossesse)

La mortalité maternelle reste un problème majeur de santé publique ; c'est un « désastre silencieux ».

Par définition, la mortalité maternelle :

« décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

Elle est souvent sous estimée, car sa mesure est très difficile ; ce n'est donc pas un bon indicateur de suivi des programmes. Mesurer son étendue est pourtant l'étape initiale essentielle pour définir des priorités et développer les interventions appropriées.

Dans les années 1980, la communauté internationale fut sensibilisée par l' « initiative pour une maternité sans risques ». L'objectif était la diminution de 50 % de la mortalité maternelle en 20 ans, soit pour l'an 2 000. Ceci devait se réaliser par l'intermédiaire des consultations prénatales et la formation des TBA (Traditional Birth Attendant) devant dépister les grossesses à haut risques. Seulement, ce mouvement fut un échec : il n'y eut pas de réduction de la mortalité maternelle.

L'approche fondée sur la notion de risque était basée sur l'hypothèse que les complications obstétricales et néonatales étaient essentiellement le fait de femmes qui présentaient des grossesses dites « à risque » et que le risque obstétrical est non seulement prévisible mais qu'il pouvait aussi être prévenu. Cette approche devait permettre une utilisation plus rationnelle des ressources limitées disponibles pour les soins, les thérapies et la prévention en les concentrant sur les grossesses à risques. Il s'agissait alors pour contrecarrer la pénurie des soins, d'identifier dès la surveillance prénatale, les femmes à haut risques de complications afin de les orienter vers des structures adaptées et mieux équipées. Cette approche était évidemment séduisante. Malheureusement, les preuves scientifiques la remettent en question. [33]

L'analyse des politiques de réduction de mortalité maternelle explique assez facilement l'échec de l'approche fondée sur la notion de risque :

- la valeur prédictive positive de tous les facteurs de risques recherchés en consultation prénatale est extrêmement faible (< 2% pour la majorité des facteurs de risques),
- 80 à 98% des femmes étiquetées « à risques » ne développeront aucune complication et sont potentiellement référées inutilement,
- certaines femmes présentent des complications alors qu'elles étaient connues sans risque initial.

Finalement, les relations devenaient conflictuelles entre le premier niveau de soin et le niveau de référence. Démotivation du premier niveau face à l'inefficacité de la référence ; perte de confiance de la population dans le système de santé avec une prise en charge qui est souvent réduite et quasi inexistante par manque de temps et de ressources. [34]

Actuellement, le constat est que toute grossesse est une grossesse à risque. Ainsi dans la stratégie de réduction de la mortalité maternofoetale, la priorité réside dans les soins obstétricaux d'urgence permettant de prendre en charge toutes les complications.



AFGHANISTAN. Consultation prénatale, Maslakh, 2001.
(Sage-femme en Afghanistan, Editions Cheminements)

Bien que non prioritaire, la consultation prénatale conserve un rôle important dans cette stratégie de réduction de la mortalité. Elle ne doit cependant pas être réduite à un instrument de prédiction du risque omettant ses autres rôles, puisque les facteurs de risques dépistés au cours de la grossesse sont peu prédictifs de la mortalité maternelle dans son ensemble. Elle doit notamment évoluée dans sa périodicité, son contenu et sa qualité.

La consultation prénatale est une occasion unique de prendre contact avec les services de santé (pour inciter les femmes à aller accoucher dans des structures d'accouchements médicalisés) et doit être mise à profit pour mettre en place des actions d'efficacité scientifiquement prouvées. Il est démontré que profitent au mieux d'un système de santé les femmes qui ont été en contact avec les structures sanitaires : ce faisant elles peuvent éventuellement s'y rendre en temps utile pour une urgence.

Des études scientifiques et les revues de la littérature permettent maintenant de proposer un contenu plus adéquat des consultation prénatales : [33] [35]

- 4 consultations permettent de mettre en place les interventions d'efficacité prouvées pour la mère et l'enfant,
- 4 consultations prénatales systématiques sont recommandées au cours d'une grossesse non compliquée permettant de maximiser les chances de dépistage, de prise en charge adéquate et de référence appropriée :
 - 1^{ère} consultation avant la fin du 4^{ème} mois, soit 12 SA pour diagnostiquer précocement une grossesse et en assurer le suivi, grâce à :
 - interrogatoire précis,
 - examen clinique complet avec une évaluation du terme et détermination de la gravité ou non de l'état ; à terme, l'expectative est souvent la règle, car de nombreuses difficultés empêchent l'appréciation d'un terme précis et suppriment donc toute notion de terme dépassé,
 - examens complémentaires prescrits en fonction de l'anamnèse, des possibilités locales et du contexte :
 - test rapide pour la syphilis,
 - test rapide de mesure de l'hémoglobine (type colorimétrique),
 - counselling et test VIH, etc.,
 - traitements prophylactiques :
 - antipaludique (sulfadoxine, pyriméthamine FANSIDAR* au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre),
 - de l'anémie,
 - de la transmission du VIH,
- 2^{ème} consultation au 6^{ème} mois ,soit 26 SA,
- 3^{ème} consultation au 8^{ème} mois, soit 32 SA,
- 4^{ème} consultation au 9^{ème} mois, soit 36-38 SA. [33][35]

Il n'y a pas d'intérêt en terme de réduction de la mortalité maternelle et néonatale à réaliser plus de 4 consultations systématiques pour une grossesse non compliquée. En fonction des antécédents et du déroulement de la grossesse, le nombre de consultations pourra être renforcé. [34]

Les consultations prénatales doivent permettre :

- de dépister certains risques existants majeurs pour lesquels des actions sont possibles :
 - cicatrice utérine,
 - présentation anormale du fœtus en fin de grossesse,
 - rupture prématurée des membranes,
 - grossesses multiples,
 - métrorragies,
- prévenir et / ou dépister et prendre en charge certaines pathologies de la grossesse :
 - troubles hypertensifs,
 - infections (paludisme, syphilis, HIV, tétanos, infections urinaires),
 - anémie et carences en micronutriments,
 - diabète,
- de conseiller, soutenir et informer les femmes enceintes et leur entourage sur :
 - les signes de gravité ou symptômes de danger pendant la grossesse et l'accouchement,
 - où, qui, comment consulter en présence de ces signes (organisme d'évacuation),
 - la planification de l'accouchement (où, par qui ?) en fonction des antécédents et de la grossesse actuelle ; doit être rediscutée à chaque consultation en fonction de l'évolution de la grossesse,
 - la mobilisation sociale autour de toutes ces questions est indispensable. [34]

En complément de ces consultations peuvent se réaliser des causeries. Elles permettent de promouvoir l'éducation sanitaire des femmes enceintes et de lutter contre la mortalité materno-infantile, avec toutes les compétences requises (linguistiques, pédagogiques et médicales) grâce à des supports didactiques. [36] Ce sont des informations que l'on dispense par l'intermédiaire d'affiches, d'histoires, sur divers sujets de prévention comme l'hygiène, la nutrition, l'allaitement maternel, l'accouchement, les raisons de venir accoucher dans un centre de santé et non à la maison, etc.

Cette pratique fait partie d'un programme de santé international, touchant tous les pays sous-développés. [37]



GUINEE. Causeries à la maternité de Saint Gabriel, Conakry.

Certaines grossesses à plus hauts risques nécessitent une surveillance et/ou un traitement spécifique, ainsi que des consultations plus fréquentes et même parfois une hospitalisation.

Cependant, dans les sociétés en développement, la femme est le pilier familial ; il ne faut donc pas négliger certains points importants :

- l'hospitalisation d'une mère de famille nécessite une réorganisation de la famille,
- le fatalisme est extrêmement présent à l'esprit des femmes préférant débiter une nouvelle grossesse,
- l'existence d'une réelle difficulté à percevoir le danger. [21]

La consultation prénatale ne peut être conçue que dans le cadre d'un système permettant la continuité des soins avec un accès permanent à des soins obstétricaux d'urgence. C'est dans ce cadre que la sage-femme en mission peut agir et former le personnel local pour obtenir des résultats en terme de mortalité materno foetale. [38]

✓ Dans le domaine de la petite enfance

En ce qui concerne le monde de la petite enfance, la sage-femme peut réaliser principalement des consultations médicales, au cours desquelles elle aborde divers sujets tels que la prévention de la santé et donnent de nombreux conseils particulièrement sur l'alimentation, l'hygiène et l'éducation. Elle participe également aux campagnes de vaccination.



AFGHANISTAN. Jour de femme dans une PMI, Herat, 2001.
(Sage-femme en Afghanistan, Editions Cheminements)

De toute évidence, sa place en mission humanitaire prend toute son importance dans l'accompagnement et le soutien de l'allaitement maternel. Elle est une référence à ce sujet ; il est donc fréquent que les centres nutritionnels face appel à ses compétences.

Selon l'OMS et l'UNICEF, le lait maternel est considéré comme l'aliment par excellence pour la plupart des nouveaux-nés. Ils recommandent l'allaitement maternel exclusif (aucun liquide à l'exception du lait maternel) pendant les six premiers mois de vie, suivi par un allaitement complété par des aliments de compléments adéquats jusqu'à deux ans et plus.

Ils estiment que 1,5 millions d'enfants meurent chaque année parce qu'ils n'ont pas été allaités. [39] [40]

Dans les situations d'urgence et de secours, l'allaitement maternel est d'une importance vitale : elle sauve la vie des bébés (Annexe 4). Il peut toujours améliorer les chances de survie, de croissance et de développement des nourrissons et des jeunes enfants. Les femmes jouent un rôle fondamental de par leur capacité à fournir une alimentation saine et sûre à leurs jeunes enfants.

L'alimentation artificielle, c'est-à-dire le lait en poudre, pose des problèmes et accroît le risque de malnutrition, de maladies infectieuses, de diarrhées et de mortalité. Les ressources nécessaires pour l'alimentation artificielle, tels l'eau potable et le combustible, font défaut. Le transport et l'entreposage des substituts de lait maternel sont également difficiles. Ces divers soucis se posent lors du sevrage, malheureusement trop souvent brutal (ce qui est par exemple le cas en Afghanistan lorsqu'une nouvelle grossesse débute). [40]

Afin de minimiser les risques de l'alimentation artificielle et d'éviter que les crises soient exploitées à des fins commerciales, il est essentiel que des professionnels de santé tels que des sages-femmes veillent à la mise en œuvre de bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons en situation d'urgence :



BENIN. Allaitement maternel de jumeaux.
(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

- prendre connaissance des politiques et des directives existantes ; s'il n'en existent pas, en créer,
- veiller à ce que le personnel de l'organisation ait connaissance de ces politiques et directives et qu'il soit formé pour les appliquer ,
- surveiller la pratique sur le terrain en contactant les partenaires et en signalant les mauvaises pratiques,
- donner un appui aux programmes visant à protéger, promouvoir et encourager l'allaitement maternel,
- sensibiliser les collaborateurs et les partenaires aux dangers de donner ou d'accepter des dons de substituts de lait, de biberons et de tétines dans les situations d'urgence,

- partager des expériences de succès ou d'échecs des programmes d'alimentation des nourrissons en situations d'urgence avec les partenaires,
- faire des rapports en cas de violations des politiques et directives existantes. [40]

Pour atténuer les conséquences et mieux gérer les crises, il faut promouvoir l'allaitement maternel et le protéger continuellement.

Les femmes en déplacements et en situation d'urgence font face à des risques accrus de difficultés d'allaitement. Elles ont besoin d'aide et non pas seulement de messages de motivation. [23] [41]

Dans les cas particuliers de programmes de prise en charge de la transmission materno fœtale du VIH, un allaitement artificiel pourra être proposé. La

sage-femme devra alors s'assurer que tous les moyens sont réunis ou mis en œuvre pour que la nutrition des enfants soit assurée efficacement.

2.2. La formation du personnel local

Les taux de mortalité maternelle et infantile dans les pays en voie de développement dénotent un réel besoin de soutien en formations et informations. Celles-ci concernent la prise en charge globale de la patiente et de son enfant avant, pendant et après l'accouchement que ce soit sur des thèmes tels que l'hygiène de base, les pratiques obstétricales ou la réanimation néonatale. La formation et l'échange de savoir faire des personnels de santé locaux est une composante habituelle des interventions humanitaires dans les pays en situation de précarité. Elle permet, en théorie, d'éviter la « chronicisation » des projets d'aides en permettant aux personnes d'acquérir des compétences de santé garantes d'une certaine autonomie.

De toute évidence, la sage-femme peut intervenir dans ces types d'actions de « *formation supervision* » à visée pédagogique et transmettre son savoir dans tous les domaines allant du respect des règles d'hygiène et d'asepsie, aux connaissances techniques des accouchements ou à la prise en charge d'une pathologie maternelle ou foetale.

« Le respect que l'on manifeste à l'autre pour ce qu'il est et pour ce qu'il sait est à la base de toute action. La position dans le transfert de savoir s'approche d'une recherche d'adéquation entre ce que l'on sait dans nos pays et la situation dans laquelle on opère. Cela va d'une prise en compte des connaissances de chacun aux contraintes spécifiques du pays », Nelly STADERINI. [20]

C'est pourquoi, avant de débiter toute formation, il est essentiel de rencontrer le personnel local pour observer leurs savoirs, leurs pratiques, leurs traditions, mais aussi leurs motivations et leurs aptitudes. Ceci permet ainsi à l'équipe éducative de mieux les comprendre pour être plus facilement intégrée. [23]

Actuellement, le facteur de soin le plus important semble être le niveau de qualification du personnel soignant, puisque le pronostic materno foetal est particulièrement lié à la prise en charge de la femme au moment de l'accouchement. C'est pourquoi, il faut former du personnel qualifié. Un assistant qualifié est un agent sanitaire ayant reçu une formation professionnelle, généralement un médecin ou une sage-femme capable de gérer un accouchement. Il doit pouvoir reconnaître de bonne heure les complications, accomplir toutes interventions essentielles, commencer un traitement, superviser l'aiguillage de la mère et du bébé vers le niveau de soin immédiatement supérieur si nécessaire. [34]

Les accoucheuses traditionnelles (TBA), formées ou non formées, ne sont pas considérées comme des assistantes qualifiées, mais comme du personnel supervisé par les soignants qualifiés. Les TBA assurent un accompagnement rituel mais pas professionnel, puisqu'elles ont tendance à retarder voire à décourager les femmes de consulter les structures traditionnelles. Comme le dit NESSA : « La solution pour diminuer la létalité des complications n'est pas dans les mains des accoucheuses traditionnelles. Leur rôle le plus important est un rôle de plaidoyer dans la communauté.. » [34]

Les réductions spectaculaires de la mortalité maternelle obtenue au Sri Lanka (50 % en 3 ans) et en Malaisie (75% en 20 ans) ont été le résultat de la mise en place échelonnée de réseaux étendus et accessibles de centres en mesure de traiter les urgences obstétricales, à quoi se sont ajoutés la formation et un déploiement adéquates des sages-femmes professionnelles , en étroite liaison avec les services obstétricaux d'urgence.

Tout ceci suggère que la redistribution du personnel le plus qualifié se fasse dans les salles de travail : pilier essentiel de la lutte contre la mortalité.

Ainsi une formation adéquate et continue des personnels, une supervision effective et formatrice doivent consolider l'organisation des réseaux de natalité.

D'après Guy CAUSSE, un des responsables de Médecins Du Monde :



AFGHANISTAN.

Simulation des soins au nouveau-né, Maslakh, 2002.

(Sage-femme en Afghanistan, Editions Cheminements)

«Eduquer c'est la première urgence après la santé ». [42]

La formation du personnel local permet de lui donner une autonomie garante de résultats. C'est pourquoi, elle s'avère être une nécessité, un besoin naturel à l'émancipation d'autrui. Elle est donc considérée comme inhérente à l'intervention humanitaire puisqu'elle permet aux soignants locaux de devenir de véritables médiateurs pour leur population.

L'objectif final est de permettre à la maternité et à l'enfance de ne pas être qu'une fatalité. [38][43]

3. Un rôle curatif

Il y a dix ans, l'aide humanitaire aux groupes de populations touchés par des urgences complexes incluait généralement l'approvisionnement en vivres, en eau, à l'assainissement, à l'abri, à la protection et aux soins de santé de base et excluait souvent les complications évitables de la grossesse et de l'accouchement !

Pourtant, en 2000, sur les 529 000 décès maternels, soit un par minute, 95% sont survenus en Afrique et en Asie, contre seulement 4% en Amérique Latine et dans les Caraïbes et moins d'1% dans les régions les plus développées du monde. Ces décès maternels surviennent pour leur grande majorité lors de l'accouchement ou dans les premières heures qui le suivent : 37% ont lieu pendant l'accouchement, 56% en post-partum et seulement 7% en anténatal (excluant Grossesses Extras Utérines et avortements). [28]

Grâce à des programmes de santé maternelle ayant obtenus de bons résultats, nous savons par expérience que ces souffrances et ces décès pourraient être évités si l'accent était mis sur toutes les interventions jugées les plus efficaces :

- donner aux femmes un plus large accès à une assistance qualifiée lors de l'accouchement,
- améliorer l'accès aux femmes pour ceux-ci,
- traiter les complications de l'accouchement,
- veiller à ce que les systèmes d'aiguillage et de transport soient en place pour que les femmes souffrant de complications puissent recevoir rapidement les soins nécessaires. [34]

De plus, autour de ces actions, il faut savoir mettre en place un dispositif d'évaluation rapide :

- avoir un personnel formé lorsqu'une femme présentant une urgence obstétricale ou une complication de la grossesse arrive dans l'établissement ou lorsque celui-ci est informé qu'une femme y est transférée,
- faire participer le personnel à des exercices cliniques ou à des exercices d'urgence afin de s'assurer qu'il est paré à ce genre d'éventualités à tous les niveaux,
- veiller à ce que l'accès ne soit pas entravé, à ce que le matériel soit en état de marche et à ce que le personnel soit convenablement formé à s'en servir,
- établir des protocoles pour connaître les urgences véritables et savoir immédiatement quelle est la conduite à tenir,
- former le personnel à identifier précisément, dans la salle d'attente, les femmes dont l'état justifie que le professionnel de santé s'occupe d'elles rapidement, voire immédiatement,
- convenir de modalités pour dispenser les femmes présentant une urgence du règlement des honoraires, au moins provisoirement. [44]

C'est pourquoi, la sage-femme occupe une place importante dans toutes les actions materno-infantiles, puisqu'elle est un des membres de l'équipe médicale ayant de bonnes connaissances théoriques et pratiques en obstétrique.

L'initiative de l'OMS « Pour une grossesse à moindre risque » vise principalement à faire participer le secteur de la santé à l'objectif de réduction des décès maternels et néonataux. La stratégie tend à améliorer l'accès équitable à des services de haute qualité et leur utilisation par une action concertée au niveau politique et communautaire et au niveau des services, en vouant une attention spéciale aux groupes les plus démunis et les plus vulnérables.

L'initiative a pour vocation de :

- sensibiliser les pouvoirs publics et les organismes partenaires, de leur fournir assistance et appui technique afin de veiller à ce que la maternité sans risque soit une priorité politique et budgétaire et à ce que les normes et critères de soins éprouvés soient correctement appliqués,
- réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales ; réduire de 75% en 2015 le taux de mortalité maternelle par rapport au niveau de 1990. [45]

3.1. Les accouchements

Toute grossesse est une grossesse à risque, particulièrement pendant l'accouchement. Environ 15% des femmes développent une complication susceptible de mettre leur vie en danger, ce qui nécessite la prestation de soins par du personnel qualifié et dans certains cas une intervention obstétricale majeure. [44]

La majorité des décès maternels est due à des complications inattendues. Au niveau mondial, les assistants qualifiés pour y faire face ne sont présents que dans environ la moitié des accouchements. Il n'y a pas eu de stratégie de professionnalisation des soins obstétricaux par un réseau de sages-femmes qualifiées (les accoucheuses traditionnelles ne sont pas du personnel médical qualifié) comme en Occident. Assurer la présence d'assistants qualifiés à tous les accouchements est le seul moyen de garantir que toutes les femmes souffrant de complications pourront bénéficier de soins obstétricaux d'urgence. Cette présence durant l'accouchement et le début du post-partum pourrait réduire de 16 à 33% environ le nombre de décès maternels. Ainsi, une sage-femme humanitaire a tout un panel d'activités à mettre en place autour de la naissance, en collaboration avec les personnels soignants de terrain.

Cependant, pour être efficaces, ces personnes ont besoin de fournitures, d'un équipement et d'une infrastructure adéquats, aussi bien que de systèmes de communication et d'aiguillages efficaces avec les centres de soins obstétricaux d'urgence : ce que l'aide humanitaire tente de mettre en place par l'intermédiaire d'une sage-femme. [46]

Les causes de mortalité maternelle sont remarquablement homogènes dans le monde entier. Environ 80% des décès sont dus à des complications obstétricales directes (décès résultant des complications obstétricales de la grossesse, du travail et des suites de couches, d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou de l'enchaînement d'événements résultant des facteurs ci-dessus) : hémorragie (environ un quart des décès), septicité, complications des avortements, pré éclampsie et éclampsie et dystocie lors de l'accouchement. Environ 20% des décès sont de causes indirectes (résultant d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elles soient dues à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravé par les effets physiologiques de la grossesse) : anémie, paludisme, cardiopathies, hépatite, sida, etc. [34]

Il existe une triple stratégie pour réduire la mortalité maternelle :

- une planification familiale avec des grossesses désirées,
- une assistance obstétricale de qualité pour toutes les femmes durant la grossesse et l'accouchement,
- des soins obstétricaux d'urgence pour traiter les complications à temps, ils sont classés en deux niveaux :
 - les soins obstétricaux d'urgence élémentaires ou de base :
les fonctions d'urgence élémentaires accomplies dans un centre de santé dépourvu de salle d'opération :
 - administration d'antibiotiques par voie IV/IM,
 - administration de produits ocytotiques par voie IV/IM (sous surveillance adaptée),
 - administration d'anticonvulsivants par voie IV/IM,
 - extraction manuelle du placenta,

- accouchement par voie basse instrumentale (suivi du travail par un partogramme),
- évacuation manuelle des produits résiduels de l'utérus,
- les soins obstétricaux d'urgence complets :
exigent une salle d'opération et sont généralement fournis par un hôpital de district ; outre les soins d'urgence de base peuvent être pratiqués :
 - la chirurgie et l'anesthésie : la césarienne, l'hystérectomie d'hémostase ;
Réaliser une césarienne pour chaque femme qui en a besoin est l'une des mesures les plus efficaces pour réduire la mortalité maternelle. Au minimum, un système de soins devrait offrir la possibilité de pratiquer cette intervention pour chaque indication maternelle (éclampsie, placenta praevia recouvrant, disproportion foeto pelvienne absolue, présentation transverse) ; idéalement les indications fœtales devraient être également prises en compte,
 - la transfusion. [47]

La qualité des soins obstétricaux d'urgence est la clef du succès. Les services doivent être disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine ; assurés par un personnel bien formé et motivé, avec les fournitures essentielles et la logistique sur place ; accessibles avec des systèmes de transport et de communication en état de fonctionnement et un suivi permanent. Il est inutile et contraire à l'éthique de dépister des pathologies ou des risques sans pouvoir référer ou évacuer en urgence les femmes qui le nécessitent.

Ainsi, la sage-femme supervise toutes ces activités et tente d'abolir les « trois retards » en grande partie responsables de ces décès :

- temps perdu avant de solliciter les soins,
- temps perdu avant d'atteindre les services compétents,
- temps perdu avant d'être traitée au sein de l'établissement de soins.

Il est essentiel de réduire les délais pour sauver la vie des mères et des bébés. [47]

En pratique, la sage-femme surveille également les accouchements eutociques, dans un but pédagogique et veille à la prise en charge correcte des femmes.

Elle est par contre souvent prévenue des accouchements supposés dystociques, soit pour des situations difficiles suite à des thérapeutiques traditionnelles, soit pour une indication de transfert face à une situation d'urgence vitale.

Elle pratique les épisiotomies dans les pays où les soignants ne les réalisent pas. Elle apporte un enseignement pratique en ce qui concerne la réanimation néonatale. Elle peut également outrepasser ses compétences, si la situation ne permet pas d'autres solutions thérapeutiques.

Ainsi, certaines spécificités de la pratique obstétricale découlent de ces actions :

- la surveillance foetale est réduite,
- le pronostic maternel est prioritaire,
- l'incertitude du diagnostic existe toujours avant l'expulsion (jumeaux, macrosomes, hydramnios...), le matériel d'échographie est dans la majorité des cas inexistant sur le terrain,
- aucun accouchement par voie basse n'est réputé impossible.

En ce qui concerne l'échographie : examen de réalisation simple, reproductible, non invasif et dépourvu de danger tant pour la mère que pour le fœtus ; elle a fait la preuve de son intérêt. La possibilité de pratiquer une échographie peut dépister des situations à risque ou éclairer la démarche de diagnostic en cas d'urgence ou de référence. En l'occurrence, c'est le besoin qui délimite la compétence nécessaire et fixe les objectifs du niveau à acquérir. C'est pourquoi, la sage-femme qui est au cœur des problèmes de la maternité doit être capable d'apporter les éléments de réponses aux questions concernant l'âge gestationnel, les hémorragies de début et de fin de grossesse et les anomalies de hauteur utérine. Cependant, l'examen échographique est un examen complémentaire et doit le rester. [34]

La mort d'une mère avant ou pendant l'accouchement est une tragédie humaine tant au niveau individuel que familial. Les chances de survie du nouveau-né, mais aussi des autres enfants diminuent considérablement lorsque la mère décède.

De plus, la mortalité maternelle ne reflète qu'une partie du problème. Des millions d'autres femmes survivent mais souffrent de maladies ou d'infirmités permanentes liées à la grossesse et à l'accouchement. Pour un décès maternel, 30 femmes souffrent d'une complication liée à la grossesse, temporaires aussi bien que chroniques. Complications graves dont certaines laisseront des séquelles ou des handicaps qui conduisent fréquemment au rejet social et familial de la femme.

C'est pourquoi, la lutte contre ce fléau se réalise grâce à des actions curatives, mais aussi préventives.

3.2. Les suites de couches

Dans les pays en développement, la surveillance du post partum immédiat n'est pas toujours chose évidente. Les deux heures théoriques de surveillance étroite après l'accouchement sont rarement respectées, tant les parturientes souhaitent rentrer chez elles.

Seulement, le peu de temps imparti au personnel soignant doit être le plus bénéfique possible dans le cadre de la prévention, des conseils apportés pour la mère et l'enfant.

Dans certaines missions, il existe un véritable service de suites de couches ; la sage-femme doit alors veiller à une bonne organisation du service :

- l'hygiène et l'asepsie,
- l'amélioration du suivi et des soins postnataux,
- l'éducation des mères :
 - allaitement maternel,
 - hygiène du nouveau-né,
 - soins du nouveau-né,
 - espacement des naissances.
- la mise en place de feuilles de soins et de transmissions. [21]



AFGHANISTAN. Soins de cordon, Maslakh, 2001.
(Sage-femme en Afghanistan, Editions Cheminements)

La surveillance étroite des mères et de leurs nouveaux-nés dans le post partum semble véritablement être une nécessité dans les pays en développement, puisque leur dimensions culturelles attribuent aux nouveaux-nés leur survie aux seules lois de la sélection naturelle.



GUINEE. Post-partum immédiat à la maternité de Donka, Conakry.

Finalement, la sage-femme expatriée doit présenter diverses qualités telles que la polyvalence, la gestion, l'organisation, l'autorité et l'adaptation pour mener à bien ses actions curatives.

Tout ceci se fait dans un respect des traditions culturelles de chaque pays en exerçant une médecine qui se veut collective. [38] [48]

4. Autres activités

Une sage-femme en contexte humanitaire pourra pratiquer diverses autres activités :

- médicales, préventives et curatives, liées à la santé des femmes sans être de l'obstétrique pure,
- extra médicales.

Une des qualités essentielles de tout expatrié doit être l'adaptabilité à des situations nouvelles. En effet, chacun doit pouvoir répondre à de nouveaux besoins identifiés au cours de la mission. Le terrain oriente donc cette gestion des activités.

4.1. Les activités médicales

De nombreuses activités médicales, peu pratiquées par les sages-femmes métropolitaines, s'avèrent être une nécessité dans les pays en voie de développement.

Toutes ces missions se divisent en plusieurs catégories d'actions :

- les avortements,
- les Infections Sexuellement Transmissibles,
- les mutilations sexuelles,
- les violences sexuelles.

✓ Les avortements

Selon les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1995 : 100 000 femmes meurent par an dans le monde suite à un avortement non légal. Ces données alarmantes reflètent un véritable problème de santé publique touchant particulièrement les pays en situation précaire pour lesquels les demandes sont considérables.

Aujourd'hui, la question n'est pas de refuser mais de travailler à inclure l'Interruption Volontaire de Grossesse dans un panel de soins offerts ou assurés par les équipes de médecine humanitaire.

Seulement, de nombreux paramètres inhibent la réelle mise en application de cette activité.

- la loi : la pratique de l'avortement est interdite dans de nombreux pays sous développés ; pourtant, il est très souvent possible de contourner la législation par une subtilité portée sur le distinguo entre avortement thérapeutique et volontaire,
- la complexité de la technique : elle tient plus de la difficulté à obtenir le matériel ou les médicaments nécessaires (95% d'avortements possibles avec la prise de deux médicaments : RU 486 + Prostaglandines sans aucun traumatisme pour la femme ; seulement les difficultés sont nombreuses pour l'obtention du RU 486) ; dans tous les cas, référer la patiente dans un centre adapté reste toujours possible,
- la clause de conscience : tout volontaire garde son libre arbitre en fonction de son éthique personnelle. [49]

Dans ce travail de prise en charge des femmes demandeuses d'IVG, la place de la sage-femme est prépondérante, que ce soit dans l'accueil et l'écoute des patientes ou dans leur suivi médical. Cela permet de diminuer l'activité des « faiseuses d'anges » et donc le taux de mortalité lié aux avortements non légaux.

✓ Les Infections Sexuellement Transmissibles

Toutes les IST, dont le Virus de l'Immunodéficience Humaine, se communiquent d'avantage dans les périodes de crise, qui coïncident avec un accès limité aux moyens de prévention, aux traitements et aux soins.

D'autres facteurs aggravent le risque dans les situations d'urgence :

- déplacement de nombreux groupes de population,
- ruptures de relations stables et désintégration de la vie communautaire et familiale,
- perturbations des normes sociales qui régissent le comportement sexuel,
- pressions exercées sur les femmes et les adolescents des deux sexes pour qu'ils échangent des faveurs sexuelles contre divers avantages,
- mélange avec des populations où les taux d'infections sont plus élevés,
- risques accrus de violences sexuelles dont le viol. [31]

Il est donc indispensable que des programmes de santé en matière de reproduction soient mis en place dans ces situations.

En de nombreux endroits, la grossesse est l'un des rares moments où les femmes ont accès aux services de santé, ce qui offre à la sage-femme une excellente occasion de prévenir et de dépister les IST. Ceci facilite la prise en charge du traitement et de l'accompagnement psychologique.

En ce qui concerne plus spécifiquement la pandémie du VIH, la sage-femme tente alors de prévenir la transmission mère / enfant (en minimisant les risques lors de l'accouchement), d'apporter divers conseils de soins prénataux et postnataux, ce qui est appelé le « counselling ». Une sage-femme expatriée explique que lors de sa mission de développement d'une maternité en Guinée a été mis en place « *le dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des femmes enceintes et la proposition d'un suivi médical et personnel aux femmes séropositives afin de diminuer la transmission du virus aux nouveaux-nés qu'elles portaient* ». L'angoisse de ces femmes est réelle : ce qui devait être un acte de vie est susceptible de transmettre la maladie et la mort. [49] [50] [51]

✓ Les mutilations sexuelles

Aujourd'hui, on estime à près de 130 millions le nombre de femmes touchées par les mutilations génitales et à 2 millions celui des fillettes excisées chaque année. Largement pratiquées, mais rarement discutées : le débat est né autour de la question du culturalisme en général au relativisme culturel en particulier.

Ces mutilations génitales visent à la différenciation sexuelle par le marquage qui permet de définir les rôles sociaux.

Cependant, ces pratiques sont irréversibles, laissent des séquelles à vie et sont préjudiciables à la santé des femmes (à court terme ou à plus long terme).

Les complications sont fréquentes et peuvent entraîner la mort de la mère et de l'enfant. Il peut s'agir de dystocie, de déchirure périnéale, de fistule recto vaginale ou vésico vaginale. Elles perturbent la vie sexuelle et ont des conséquences difficilement quantifiables en terme de bien être social et affectif.

« Seules les organisations de femmes – elles-mêmes issues des sociétés où se pratiquent ces mutilations – peuvent s'attaquer à ce problème. Elles s'y emploient, généralement dans une approche très fine, consistant à les faire évoluer dans des formes symboliques. Il s'agit pour elles, dans un souci d'efficacité, d'être aussi peu intrusif que possible : plutôt que de chercher à abolir ces pratiques, elles tentent de les sublimer dans une symbolisation moins agressive, aussi peu mutilante que possible, de façon à maintenir le sens tout en évitant le sang », Rony BRAUMAN. [4]

Sur certains terrains, des sages-femmes ont été confrontées au dilemme « soin ou pas soin ». La difficulté étant de conserver sa place de sage-femme, professionnelle de santé, tout en étant à l'écoute des pratiques culturelles. [49]

✓ Les violences sexuelles

Les missions humanitaires sont réalisées dans les pays où règnent les conflits armés générateurs de violences sexuelles. Intimement lié à la considération sociale de la femme et aux représentations de la violence, le viol a été parfois considéré comme une agression inhérente aux conflits. Il tente de briser la personnalité morale des victimes, d'arracher le lien social et familial. Etant de plus, un sujet tabou et complexe, il ne favorise pas sa prise en charge par les équipes. [31]

Aujourd'hui, il existe une volonté affichée des organismes humanitaires d'être capables de proposer des soins à ces femmes, car en l'absence de soins adaptés, les victimes consultent peu spontanément.

La prise en charge médicale et psychologique qui tend à se mettre en place s'effectue principalement en maternité, lieu non stigmatisant pour ces femmes victimes de violences sexuelles. D'après certaines expatriées, il se réalise une « mise en réseau avec les structures de prise en charge sur le plan chirurgical et aussi sur le plan psychosocial ».

Tout cela permet une sensibilisation de la population à ce problème majeur ; tisser un réseau pour information à la population et entreprendre des relations avec des associations féminines permettent de mettre l'accent sur ces pratiques intolérables. Les équipes doivent être capables d'orienter une personne qui voudrait entreprendre des démarches auprès de la justice : le principe étant d'entendre la parole des victimes.

Le but de ces actions est d'amoindrir l'impact de la violence pouvant être catastrophique. Les conséquences physiques en sont des lésions génitales, des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles telles que le VIH. La santé mentale est également atteinte plus ou moins gravement : anxiété, stress, dépressions et suicides. De plus, les survivantes sont parfois exclues du cercle familial et condamnées à l'isolement social. [31][49]

Toute sage-femme peut défendre les droits de la femme en participant à sa prise en charge globale.

4.2. Les activités extra médicales

✓ Coordinateur de terrain

Outre, le fait qu'une sage-femme engagée dans une mission humanitaire présente de véritables qualités cliniques, elle doit aussi savoir intégrer un poste à responsabilité : celui de coordinateur de terrains et de projets.

Il y a souvent plus de travail de coordination, d'organisation, de logistique et de gestion du programme que de soins à dispenser, en particulier si il est envisagé à long terme.

Le chef de mission doit être familier des principes humanitaires et des pièges récurrents. Nécessairement informé de la situation du pays, son rôle est de diriger l'activité de l'équipe humanitaire, de représenter l'organisation au sein des différentes autorités nationales et des partenaires locaux. [14] [37]

✓ Rédacteur de rapports de missions

Au cours d'une mission humanitaire, il est important pour chaque expatrié et son ONG d'établir des rapports de missions. Ces comptes-rendus (rapports, statistiques, protocoles, staffs) permettent de témoigner du travail réalisé, de l'évaluer et de planifier de nouveaux objectifs.

C'est ce qu'exprime une volontaire : *« il y a un gros travail de bureau car nos bailleurs qui nous financent veulent des preuves concrètes de nos actions »*.

Au final, cela permet d'adapter l'approche nécessaire au problème donné et de permettre l'extension de programmes dans certains contextes.

III. DIFFICULTÉS ET LIMITES



(Naître Magnum Photos, Editions Terrail Photos)

« Tout a un prix, même les gestes humanitaires ».

Claude Fournier
Les tisserands du pouvoir

Le phénomène de l'intervention humanitaire dans son ensemble, a connu un accroissement exponentiel et a aussi profondément évolué. Mais certaines failles du système dévoilent la déficience de mécanismes de régulation, ainsi que les limites de ces actions : les ONG peuvent être à la fois peu efficaces et corrompues. De nombreuses difficultés géopolitiques, économiques, médiatiques, culturelles et religieuses ou bien professionnelles ou personnelles s'avèrent être communes aux soignants expatriés. De plus, celles liées au retour semblent souvent présentes. C'est au milieu de toutes ses forces mises en présence que le personnel soignant intervient auprès des personnes en détresse. Un contexte parfois déstabilisant dans lequel on peut avoir l'impression de n'être qu'un pion piégé entre les conflits d'intérêts et les enjeux diplomatiques. [52] [53]

1. Contraintes géopolitiques

L'humanitaire et ses interventions évoluent presque toujours sur un terrain miné par la politique. Aujourd'hui encore, de nombreux pays utilisent l'aide humanitaire comme parade à l'inaction politique. Il est simple de s'indigner de l'absence de réponse politique des Etats, plus compliqué de s'interroger sur les modalités de cette réponse quand elle a lieu !

Comme le souligne Mario BETTELI, l'action humanitaire sert de statut palliatif à l'action politique : « l'inflation humanitaire dissimule la carence politique, qui s'esquive derrière l'humanitaire ».

Les Organisations Non Gouvernementales peuvent être manipulées par les gouvernements, avec une véritable utilisation politique du système d'aide. Ces organisations y perdent tous leurs principes fondamentaux de neutralité, d'impartialité et surtout d'ingérence. Par conséquent, elles ne peuvent plus assurer une assistance non gouvernementale et abandonnent l'essence même de leur système : le monde qui incarnait l'altruisme et la générosité devient alors un géant de la politique.

La question de l'intervention militaire dans l'ordre humanitaire a une longue histoire en politique internationale. Le rapprochement entre les organisations militaires et humanitaires demeure inutile si l'élément directeur – la composante politique – n'intervient pas ou trop tard. Elle se doit de prendre l'initiative d'un plan stratégique d'ensemble.

Dans ce cadre, la réalisation de la mission mettant en œuvre un plan pluridisciplinaire (politique, humanitaire, militaire) conserve toute sa capacité d'action. Seulement, l'effet pervers de cette aide est de nourrir la guerre. Il est fréquent que sans le vouloir, elle alimente, aggrave et prolonge le conflit qui avait créé le besoin d'assistance.

L'aide peut alimenter le conflit par le détournement direct des secours pour les parties au conflit. Les agents humanitaires signalent souvent que les biens qu'ils transportent font l'objet de « prélèvements » aux points de contrôles tenus par les forces armées avant de parvenir aux bénéficiaires visés. Les secours sont souvent volés, détournés et manipulés pour servir les intérêts des belligérants. Les combattants utilisent aussi l'aide de manière indirecte. En décidant les lieux où l'aide

peut être acheminée, les commandants peuvent manipuler les mouvements de population. En négociant avec les organisations humanitaires la sécurité de l'acheminement des secours, ils cherchent à obtenir une légitimité aux yeux de ceux qui décident de l'aide pour survivre, et parfois aux yeux de la communauté internationale.

Tout ceci est un véritable piège humanitaire. « C'est pour cela que l'acteur humanitaire doit apprendre à se défaire de sa blouse blanche pour revêtir un costume de citoyen, c'est-à-dire apprendre à distinguer les ordres. Il doit retrouver le sens du politique, s'interroger sur le sens global de son action », Rony BRAUMAN.[4]

L'important étant que chacun, en particulier l'action humanitaire, conserve toute son autonomie de travail pour ne pas être écarté de ses objectifs initiaux. La neutralité est plus que jamais la condition de survie d'un espace humanitaire. [4]

Les principes fondamentaux des Organisations Non Gouvernementales représentent la nature même de leur actions. Elles doivent s'en défendre pour préserver leur efficacité. [14] [54] [55] [56] [57] [58]

2. Difficultés économiques

La multiplication des associations de solidarité a conduit ces dernières à intégrer des techniques marketing pour récolter des fonds et plus généralement à se rapprocher du modèle des entreprises. La question délicate de la recherche de moyens financiers a initié une révolution qui pour de nombreux militants et bénévoles prend le visage de la corruption risquant de dénaturer les missions de solidarité, d'où l'émergence de nombreuses enquêtes.

Le fonctionnement des ONG est actuellement montré du doigt : l'humanitaire est devenu un véritable business.

En effet, les critères de priorité des missions ne se font plus sur leur utilité mais sur leur capacité à intéresser les bailleurs de fonds. Tel pays, telle action est plus porteur que tel autre. Les ONG se sont adaptées à leur « marché ». Elles intègrent une logique de vente d'un marché.

Ce marketing à outrance entraîne des dérives dangereuses de l'action primitive. L'humanitaire est donc devenu un produit. On traque le donateur, on l'attire par exemple par des « missions star » très médiatiques.

Les détournements de l'aide sont également présents au sein de certaines ONG. La collecte manque parfois de clarté. Comme l'explique l'ex-présidente d'Action Contre la Faim, Sylvie BRUNEL : 80% du budget de ces organisations est consacré aux rémunérations de leurs spécialistes, qui émargent à des salaires 4 fois supérieur à celui du donateur moyen. Ici, comme ailleurs, il semble bien que les individus poursuivent leur intérêt personnel. Ceci reste paradoxal face aux critiques que les représentants des ONG formulent en ce qui concerne le « marché », la mondialisation ; d'où l'importance de la transparence et des contrôles au sein de ces organismes.

Depuis plusieurs années, les ONG attachent une importance capitale aux effets de leurs interventions sur le terrain et refusent à tout prix l'amateurisme. Ils ne

jugent plus que par le professionnalisme. Seulement, les rémunérations des salariés sont minimales. Selon certains dirigeants : rémunérer chichement le personnel de terrain est contre productif. Ceci s'explique par le fait que le personnel soignant ne peut pas s'investir sur le terrain pour des missions de longue durée, faute de moyens.

Enfin, toutes ces organisations massivement présentes dans une région précaire et fragile ne peuvent qu'en affaiblir l'économie puisque la consommation des ONG fait flamber les prix d'achats des denrées au détriment de la population locale. Ainsi, le système humanitaire cumule les difficultés économiques auxquelles s'ajoutent l'ampleur médiatique. [53] [59] [60]

3. Difficultés médiatiques

Nous vivons dans un même monde, nous devons nous soutenir mutuellement ; la valeur de la vie est indispensable. Le sort des personnes en difficultés doit tous nous concerner, parce que nous appartenons à une même espèce. Ainsi les responsables de l'action humanitaire se sont servis de la communication comme d'une arme pour réveiller les consciences et pour convaincre l'opinion publique et les médias d'intervenir dans des situations d'urgence.

Rony BRAUMAN affirme que la pression des médias sert de lobbying des ONG, mais la domination de l'image aboutit à une « véritable dramaturgie télévisée ». En effet, ces récits transforment des étrangers en voisins, des personnes lointaines en personnes proches.

La curiosité des médias se conditionne selon :

- un approvisionnement continu en images,
- une conjoncture de non concurrence dans l'actualité,
- la présence d'un acteur / médiateur,
- la garantie « d'innocence ».

Dès lors, les ONG sont concernées par la confusion de l'éthique et de l'esthétique menaçant leurs actions.

Le poids des médias et de l'opinion publique peut nuire au discernement et à l'analyse nécessaire face à ces situations. La force des images pousse d'avantage à l'émotion et à la compassion qu'à l'explication et la compréhension, qui seules permettent une action en profondeur.

La télévision personnalise, elle humanise, mais dans le même temps elle dépolitise les relations morales, et se faisant affaiblit la compréhension indispensable à une empathie et un engagement durable.

Ainsi, à une époque où la télévision couvre tous les événements de manière instantanée et dans tous les détails, les politiciens ne prennent pas de décisions. Ils ont, de plus en plus, tendance à laisser les choses aller à la dérive. L'action humanitaire, au contraire, est toujours possible et son coût politique est en général peu élevé. Elle est dûment filmée et montrée à un public admiratif. La télévision, en effet, n'aime guère dépeindre la misère sans montrer en même temps que quelqu'un s'efforce d'y remédier. Les agents humanitaires conjurent l'horreur, en suggérant que l'aide est proche. Cette couverture humanitaire par la télévision permet à l'occident

de nourrir l'illusion qu'il fait quelque chose ; par là, le récit télévisé devient le substitut d'un réel engagement politique.

En parallèle de l'implication des états, dans les activités d'urgence, nous assistons à un désengagement de ces derniers pour les politiques de développement. Les crédits alloués à l'aide au développement ne cessent de diminuer. Il est en effet beaucoup plus médiatique, de manière faussement simple et utile, d'intervenir dans l'urgence plutôt que de faire de la prévention ou de la préparation aux crises.

La communauté internationale reste essentiellement réactive et non proactive, elle semble incapable de lancer des programmes à long terme pour favoriser la stabilité sanitaire.

Enfin, face à l'intérêt excessif des médias pour les problèmes humanitaires, il convient de reconnaître la complexité qui caractérise si souvent de telles situations. Toute action humanitaire doit naturellement recevoir la part d'attention qu'elle mérite. Le public mérite qu'on lui dise ce qui se passe réellement, mais rien ne peut justifier de dissimuler la complexité du problème. C'est l'ensemble de la question qu'il convient de couvrir largement. [53] [55] [56] [61] [62] [63]

4. Difficultés culturelles et religieuses

L'adaptation à une culture étrangère n'est pas pour autant synonyme d'acceptation, d'autant plus lorsque s'ajoutent des difficultés liées à la langue . Il peut exister plusieurs dialectes au sein d'une même population et il s'avère souvent difficile de travailler avec des traducteurs. Tout ceci tend à réduire considérablement les échanges possibles et diminue donc l'efficacité de l'action potentiellement faisable sur le terrain.

Dans la façon de penser la relation aux populations bénéficiaires d'une aide, il faut nécessairement prendre en compte les cultures locales et rejeter toutes les attitudes néo colonialistes. L'apprentissage des règles de comportement à l'égard des populations locales représente la base de toute action humanitaire. La population locale est souvent prête à collaborer, mais pour cela les volontaires doivent respecter leurs cultures et leurs tabous. Il semble donc nécessaire d'adopter quelques comportements en mission : l'observation et la rencontre de la population, l'adaptation des techniques de travail, l'utilisation des ressources locales, la communication avec les populations, le respect des usages et l'absence de dirigisme ou de prise d'autorité.

Les traditions locales sont aussi importantes que les valeurs universelles. Les droits humains ne peuvent pas s'appliquer par décret. Ils doivent imbiber les pratiques culturelles locales. Selon Remo GAUTSCHI, vice-directeur de la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) : « avec les problèmes de la globalisation, il est plus que jamais important d'avoir des compétences culturelles et pas uniquement économiques. Sinon, on risque d'attiser les mouvements de marginalisation et de fondamentalisme religieux. »

En effet, pour comprendre la culture de l'autre, il faut prendre le temps d'échanger et d'écouter ; ce qui permet d'éviter de graves erreurs et de perdre des années.



AFGHANISTAN.
Femme Afghane allaitant son bébé sous le voile.
(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

Parallèlement, les diverses religions (protestantisme, hindouisme, catholicisme, islamisme, judaïsme etc.) présentes dans les pays concernés modifient l'activité des volontaires sur le terrain. Chacun se doit de respecter les croyances d'autrui ; mais la difficulté pour l'acteur humanitaire est de travailler dans une certaine laïcité.

Par exemple, quelques dérives de la religion musulmane telles que les mutilations génitales ne peuvent être soutenues par les expatriés. Ils tentent donc d'améliorer les conditions de santé des femmes tout en respectant leurs décisions individuelles. Ces sujets restent cependant difficiles à aborder, puisque faisant partie intégrante de l'individu et de sa communauté et encore quelque peu tabou dans nos sociétés. [21] [64] [65]

5. Difficultés professionnelles

Les difficultés professionnelles s'avèrent être multiples puisque les organismes agissent sur des terrains en situations très précaires. Elles dépendent du contexte donné pour les actions menées.

Fréquemment, les terrains d'interventions des ONG sont des lieux extrêmement insalubres puisque totalement défavorisés. Un premier travail préalable d'assainissement est indispensable. Un système de gestion des déchets doit être mis en place. En particulier, les dispensaires et centres médicaux doivent souvent être nettoyés en profondeur pour travailler dans un semblant d'hygiène certaine. Cependant, il est difficile de maintenir l'asepsie, tant pour les patients que pour le matériel, puisque chacun manque des fonds nécessaires.

Comme le dit une expatriée, sur le terrain, il faut faire face au « *manque crucial du nécessaire* » ; éviter ou enrayer une épidémie de choléra ou de diarrhées passe avant tout par l'approvisionnement en eau courante et en électricité. En effet, la présence d'eau courante s'avère être une nécessité dans tous les villages afin d'éviter la multiplication des épidémies de tous genres (diphthéries, choléra...). Sans cela, il semble très difficile de réaliser des actions médicales curatives et préventives efficaces.

De plus, l'absence d'électricité est ennuyeuse. Dans un dispensaire de brousse, l'accouchement sera fait à la lampe torche ou à la lampe à pétrole.

Tout ceci handicape une action effective.

Chaque volontaire œuvre pour obtenir un approvisionnement satisfaisant en matériel et médicaments. Il est souvent difficile d'alimenter les différentes structures nécessitant ce type d'aide. Les aides n'aboutissent donc pas toujours à leur véritable destination entraînant alors des pénuries de toutes sortes. Ces difficultés naissent surtout de la corruption présente dans tous ces pays ; comme le cite une volontaire : « *la notion d'argent et le problème de la corruption (...) nous permet de comprendre pas mal de comportements inacceptables au premier abord* ». Chacun tente de vivre de son propre marché, quitte à ce qu'il soit illégal. Ceci explique que de nombreux soignants locaux exercent un autre métier en dehors de l'hôpital pour assurer leur subsistance et sont peu présents dans les structures de soins. [68]

Egalement, beaucoup de soignants se plaignent du manque d'appuis paracliniques, d'examen complémentaires, ce qui rend difficile de poser ou de confirmer certains diagnostics. Il est donc fréquent de porter quelques doutes au sujet d'un patient. Ces limites dans la paraclinique retranche le soignant dans sa clinique. Actuellement, les occidentaux s'aident de plus en plus de la technique pour affirmer leur diagnostic, mais aussi orienter leur pronostic et adapter leur conduite à tenir.

De même, de nombreuses contraintes restent liées au contexte du pays. Ainsi, une sage-femme note « *la dictature, le racisme, l'insécurité encore présente* » ce qui ne facilite pas les conditions de travail sur le terrain. Malheureusement, elle souligne aussi « *l'immobilisme, le népotisme, l'individualisme borné et le non respect des patients* » existant lors de chacune de ces missions. « *Le fatalisme* » et « *le manque d'entraide* » des populations a choqué une autre d'entre elles. S'ajoute à cela, « *la façon dont la population perçoit les humanitaires* » ; « *les expatriés sont (...) perçus (...) comme des personnes qui viennent s'enrichir sur le dos des pays pauvres et en crise* ».

Finalement, la principale difficulté, mais pas la moindre est le dépassement des compétences médicales. Celle-ci touche tous les soignants qu'ils soient médicaux ou paramédicaux. Ceci s'explique par le manque constant de personnel sur place. Les expatriés se retrouvent donc face à des situations où ils sont les plus qualifiés et compétents pour agir, même si l'acte dépasse leurs champs d'activités. Il est moins tolérable de ne pas faire que de mal faire. [21]

6. Difficultés personnelles

Le plus fréquemment, l'apparition de souffrances individuelles n'est pas liée à un événement précis mais à une série de facteurs qui interviennent et à des degrés divers selon les missions et les individus. Les premiers de ces facteurs sont directement liés à la nature et au contexte des ces missions (conflits violents, guerres). Les seconds sont en rapports avec des souffrances de groupe.

En effet, la promiscuité est une source de tension quelquefois très importante dans les équipes. Le manque d'espace privé associé à des conditions

d'hébergement souvent sommaires et ce, sur de plus ou moins longues périodes ne peut que favoriser les tensions ou les conflits dans un groupe. Sans oublier que les journées de travail sont souvent très éprouvantes.

Une expatriée le souligne : *« ma plus grosse difficulté fut de me retrouver confronter à moi-même, à mes limites et mes faiblesses, notamment à travers la vie en communauté avec les autres coopérants humanitaires »*.

De plus, la rencontre avec une population précaire et ses conséquences dramatiques suscite évidemment des réactions d'empathie et des phénomènes d'identification de la part des intervenants. La réactivation d'effets pénibles et la difficulté à contenir le trop plein de souffrances émanant de ces populations expliquent le malaise de certains volontaires. Ne négligeons pas non plus le statut d'expatriés de ces acteurs humanitaires et les aspects douloureux, liés à la séparation avec l'environnement familial et donc l'isolement, qui sont ravivés par la rencontre et l'identification avec les personnes elles-mêmes en difficultés. Cet isolement est d'autant plus pesant que les *« contacts sont difficiles avec la population en dehors du travail »* avec la *« non maîtrise de la langue »* du pays d'accueil, *« l'absence de loisirs »* et souvent *« une surveillance accrue de la part des autorités »*.

Egalement, le travail des intervenants s'effectue souvent dans une atmosphère de tension où l'agressivité, la violence et le danger sont omniprésents, où le spectre de la mort est parfois quotidien. On comprend alors aisément que la peur, les sentiments d'insécurité, de tensions internes générées par ces éléments soient susceptibles de déstabiliser tout sujet insuffisamment préparé à vivre de telles situations. De plus, cet état insécuritaire est l'origine *« d'une sensation d'emprisonnement, de manque de liberté »*.

Un autre élément potentiellement générateur de souffrances est relatif au résultat et à la pertinence de la mission. Quand celui-ci est décevant, des sentiments de désillusion peuvent apparaître, d'autant plus blessants que l'investissement personnel est important. Il peut alors naître à la fois des sentiments d'indignation face aux responsables politiques Occidentaux et des sentiments très douloureux de tristesse et de culpabilité.

Tous ces facteurs exposent et développent les difficultés personnelles des expatriés, ce qui explique qu'un départ en mission se prépare. [21] [67]

7. Difficultés spécifiques à la profession

La sage-femme exerce une profession à compétence définie. Elle est chargée exclusivement des grossesses et des accouchements eutociques. Elle ne doit en aucun cas, en dehors de circonstances exceptionnelles, notamment en cas d'urgence, pratiquer un acte ou un soin qui dépasse ses compétences professionnelles (Article L4151-1 et L4151-3 du Code de la Santé Publique). Pour la sécurité des patientes et des nouveaux-nés, elle doit apprécier en toute conscience les actes qu'elle est en mesure d'exécuter et refuser de pratiquer ceux qui dépassent ses possibilités, notamment par défaut de formation. La sage-femme doit

obligatoirement faire appel à un médecin en cas de pathologies maternelles, néonatales ou obstétricales. [68]

La sage-femme est souvent le seul personnel médical de l'équipe compétent en obstétrique. Elle représente le soignant le plus formé sur le terrain. C'est pourquoi, elle se doit de répondre aux demandes et besoins des patients et du personnel local.

De plus, il semble souvent difficile de référer les patientes soit pour des raisons médicales (pathologies graves, urgence vitale), soit pour des raisons économiques (refus famille).

Il ne faut également pas toujours compter sur les télécommunications qui sont soit absentes, soit temporairement hors d'usage (absence d'électricité, problèmes de transport).

En mission humanitaire, certaines spécificités de la pratique obstétricale s'imposent :

- la surveillance foetale est réduite,
- le pronostic maternel est prioritaire,
- l'incertitude du diagnostic existe toujours avant l'expulsion (jumeaux, macrosomes, hydramnios...),
- aucun accouchement par voie basse n'est réputé impossible.

Ces différents constats exposent la sage-femme à une complexité plus singulière: respecter l'obscur limite eutocie / dystocie.

Au cours d'une action humanitaire, une sage-femme sera inéluctablement confrontée à une ou plusieurs situations cliniques à la frontière de la pathologie. Ceci la contraint donc à outrepasser ses compétences et agir hors des limites imposées par sa législation professionnelle.

Ainsi, sur ses différents lieux d'activités, il est difficile de respecter le cadre strict de l'eutocie. Chacun des cas pathologiques rencontrés, retranche la sage-femme dans ses connaissances théoriques et pratiques. Ces diverses expériences lui apportent alors un savoir faire lui permettant de faire face plus rapidement et efficacement si un cas similaire se représente. Ainsi, la sage-femme s'autoforme sur le terrain grâce à ses réflexions et expérimentations cliniques et à la mémorisation de tous les gestes techniques auxquels elle a pu assister tout au long de sa carrière.

Elle peut également s'aider de quelques documents. Certains guides sont destinés aux spécialistes ou non de l'obstétrique confrontés à des situations de sous médicalisation et d'isolement. Il s'agit de dominer l'essentiel de la pathologie, c'est-à-dire de sauver la mère, la protéger de séquelles fonctionnelles consécutives à la grossesse et de faire naître l'enfant dans les conditions les plus favorables. Ces documents permettent d'expliquer certaines méthodes passant aujourd'hui pour archaïques, comme par exemple la symphyséotomie (Annexe 5).

A la question : « Avez-vous dépassé vos compétences professionnelles ? », chaque sage-femme y répond pratiquement positivement.

D'après une expatriée : *« Il est difficile de parler de dépassement de compétences professionnelles en (mission humanitaire) car à maintes reprises on les dépasse par obligation, parce qu'on a pas le choix. »*

Quand une situation d'urgence se présente, il n'y a pas tout le temps de médecin compétent en obstétrique auprès de soi et pas non plus une ribambelle de médicaments à sa disposition.

De plus, les familles sont tellement pauvres qu'elles ne peuvent se rendre à l'hôpital, alors on agit dans le seul but de sauver la personne en face de soi et non dans le but d'exercer dans les limites de ses compétences ».

Ainsi, les principales activités hors compétences professionnelles exercées sur le terrain sont :

- « les extractions instrumentales (forceps, spatules),
- la grande extraction de siège sur J2,
- la prise en charge d'une femme dans le coma suite à une crise d'éclampsie,
- la symphyséotomie,
- les curetages,
- l'urgence nutritionnelle,
- les consultations médicales (épidémies de choléra, de paludisme),
- la gestion de la pharmacie,
- les sutures ailleurs que sur le périnée,
- les arrachages de dents,
- les anesthésies (générale, rachidienne),
- les ponctions lombaires,
- les perfusions jugulaires ».

En définitive, chacune s'accorde à penser qu'elles ont « *effectivement plus de responsabilités que ce qui (leur) seraient accordés pour la même chose en France* ». Ce qui est évident, c'est qu'elles accomplissent toutes un réel « *dépassement de soi et de (leurs) peurs* » .

Finalement, les difficultés rencontrées au cours d'une action humanitaire sont communes à tous types de soignants expatriés.

Cependant, la spécificité de la profession de sage-femme s'inscrit dans sa propre définition : respecter la pratique de l'eutocie, le dépistage de la dystocie et faire appel à un médecin pour la pathologie. [69]

8. Difficultés liées au retour

Prendre du temps pour penser au retour semble chose essentielle avant tout départ en action humanitaire. En effet, l'impact d'un tel vécu se doit d'être mûrement réfléchi pour en minimiser les conséquences néfastes.

D'un point de vue professionnel, plusieurs sages-femmes se plaignent de la lourdeur hiérarchique et de la médicalisation excessive présentes dans nos structures. Cette ambiance de travail semble pesante. [21]

Certaines sages-femmes ont la chance de partir le temps d'une disponibilité, tandis que d'autres sont sans emploi. Dans 80% des cas, les humanitaires sont des volontaires, ce qui veut dire qu'ils n'ont pas le droit aux Assedic. Ne restent, pour vivre à leur retour que l'indemnité de subsistance (de 610 à 1676 euros par mois en fonction) et une prime de réinsertion (3518 euros maximum pour deux ans de service) versée si le volontaire n'a pas trouvé de travail dans les trois mois après son retour. Ainsi, de nombreux ex-volontaires doivent demander le Revenu Minimum d'Insertion à leur retour. Face à ce problème, nombreux sont ceux qui militent pour le statut de salarié. C'est le mode de fonctionnement des pays à forte culture humanitaire comme l'Allemagne ou l'Angleterre. [70]

Cependant la profession de sage-femme a la chance d'être recherchée, c'est pourquoi il est important de « *se forcer à retravailler trois ou six mois en France pour ne pas perdre pied* ».

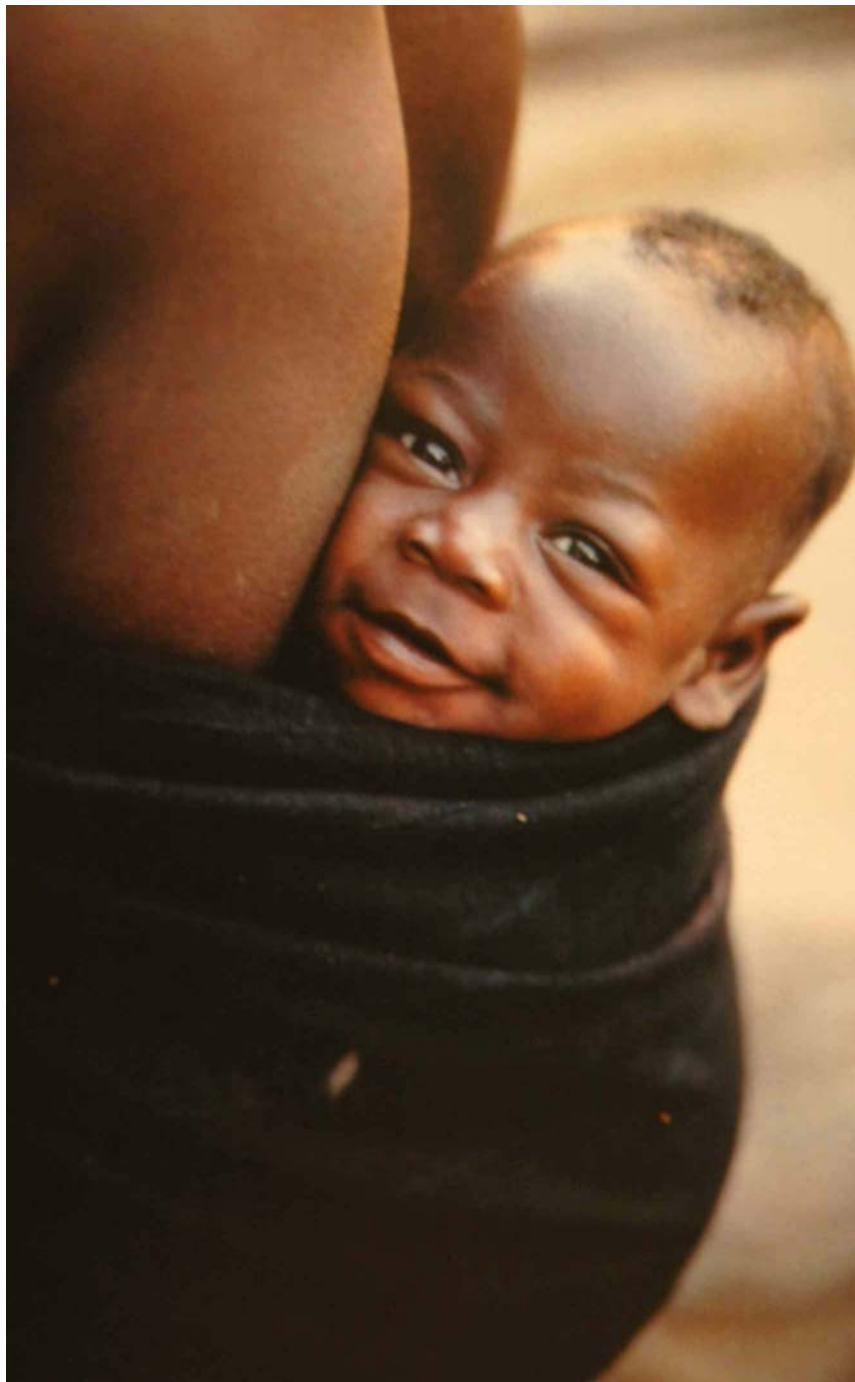
Personnellement, l'humanitaire a un côté exaltant ; le retour à la vie « normale » l'est beaucoup moins. L'envers du décor est ce moment de déphasage, de décompression, où le volontaire humanitaire doit apprendre à se gérer, à rebondir. Une étape d'autant plus difficile à négocier que la mission a été longue, intense et les responsabilités nombreuses. [70]

En ce qui concerne la vie familiale et amicale, le plus difficile s'avère être le décalage entre les vécus. La séparation entraîne peu de partages malgré les contacts écrits (lettres, mails) ou téléphoniques. Il n'est donc pas évident de trouver une écoute appropriée ; c'est pourquoi quelquefois un vide temporaire apparaît.

Au niveau de la société, le plus frappant semble être la « *difficulté à s'adapter de nouveau à la culture* ». Les valeurs d'un expatrié évoluent au cours d'une mission et ce ne sont donc plus les mêmes qui le motivent à son retour. [16]

Finalement, le retour paraît souvent être une période difficile (à court, moyen ou long terme). Mais ce moment reste nécessaire pour mûrir et réfléchir sur son action et peut-être celle à venir !

CONCLUSION



MALI. Mère et bébé Dogons.
(Bébés du Monde, Editions La Martinière)

**« L'action humanitaire, depuis et pour toujours, c'est une
forme de révolte contre l'inacceptable. »**

Alain DESTEXHE

L'humanitaire impossible ou deux siècles d'ambiguïté

« La mortalité maternelle est une tragédie humaine qu'on a négligée parce que les victimes sont des pauvres, des paysans et surtout parce que ce sont des femmes », Docteur MAHLER à l'OMS.

Ces catégories de personnes représentent aujourd'hui une des populations cible des programmes des ONG. En association avec les enfants, elles définissent « les populations vulnérables ».

Or le monde de la maternité et de la petite enfance correspond au domaine de prédilection de la sage-femme.

Pratiquer hors de nos frontières peut être, pour elle, une forme d'engagement citoyen et politique ; elle se transforme alors en acteur ayant la légitimité de témoigner d'une vérité pesante.

C'est pourquoi, ses compétences sont fréquemment recherchées dans des missions de développement de santé materno-infantile et plus rarement dans des actions d'urgence. Généralement, elle accomplit conjointement des actions préventives et curatives.

Travaillant quotidiennement dans l'intimité des femmes et des familles, liée à une forme de secret nommé la pudeur, la sage-femme occupe une place primordiale dans le monde humanitaire. *« Elle est le partenaire privilégié, car intime et proche à un moment propice de la maturation d'une femme, c'est-à-dire lors de sa réalisation de mère »*. Ce faisant, elle peut témoigner de la situation vécue par les femmes en contextes instables.

De par ses qualités d'observation et d'écoute, elle a la possibilité de réaliser des missions d'évaluations où elle analyse la situation donnée, prend contact avec la population et définit les objectifs et stratégies à suivre. Son rôle préventif est mis en valeur dans le domaine de la protection maternelle avec la planification, l'éducation familiale et les consultations prénatales. Mais également dans le monde de la petite enfance, où son domaine de compétences peut s'élargir jusqu'aux cinq ans de l'enfant et comprendre la vaccination, le développement psycho-moteur, la nutrition et même l'éducation. Lors des accouchements et en suite de couches, elle trouve toute sa nécessité avec un rôle curatif toujours prédominant. En mission humanitaire, la sage-femme est amenée à gérer des situations variées et intervient finalement sur différentes activités médicales, comme les avortements, les Infections Sexuellement Transmissibles, les mutilations sexuelles ou les violences sexuelles ; mais aussi sur des activités extra médicales de coordination ou d'autres postes à responsabilités.

A travers le questionnaire, les sages-femmes expatriées ont émis différents conseils pour toutes celles désireuses de partir en humanitaire.

Tout d'abord, il leur semble important de *« travailler dans une organisation reconnue, dont on apprécie la politique et qui a les moyens de ses ambitions »*. Il faut *« lire, s'intéresser aux contextes géopolitiques des pays où on est susceptible de travailler »*. Egalement, réaliser un *« travail de préparation avant la mission est majeur, pour mener à bien ses objectifs »*.

De plus, il est nécessaire de *« bien réfléchir avant de partir en mission humanitaire, sur ces motivations personnelles »*, *« avoir réellement envie de s'engager auprès des femmes pour les aider et refuser de se dire que ce qu'on fait, c'est mieux que rien, c'est-à-dire peser les avantages et les inconvénients d'un acte pour chaque patiente »*. La sage-femme *« doit s'intéresser à la formation, à l'encadrement, avoir un esprit pédagogique »*.

« Puis, une fois sur place, (il faut savoir) prendre le temps d'observer afin de ne pas agir trop vite et déséquilibrer une situation fragile mais finalement stable avant que l'on intervienne ». Il est important de « respecter la culture pour pouvoir s'associer ». Finalement, il est primordial d'avoir de bons acquis, « une bonne assise professionnelle, une certaine maturité, être capable de s'adapter facilement, être disponible et connaître l'expatriation ». « Une bonne maîtrise de l'obstétrique clinique, sans les moyens diagnostiques de chez nous » semble capitale ; mais également « maintenir ou acquérir un bon niveau de langues étrangères ».

En ce qui concerne la formation initiale des sages-femmes, *« on ne peut qu'informer, il faut faire une formation adaptée après le Diplôme d'Etat »* comme tout autre soignant. Certaines sages-femmes conseillent aux futures expatriées de suivre des formations complémentaires *« pour apprendre à élaborer un projet, à comprendre le mode de fonctionnement de l'humanitaire »*. Il est essentiel d'obtenir un enseignement sur la santé publique dans les pays en voie de développement, l'approche socio-culturelle des soins de santé maternels, de médecine tropicale ; développer ses connaissances en gynécologie et pédiatrie ; sans oublier d'étudier l'obstétrique en situation précaire et de travailler sa clinique.

Finalement, cette lutte de sages-femmes traditionnelles et de l'équipe humanitaire commence tout d'abord par rétablir la confiance de la population vis-à-vis de son système de santé, grâce à un personnel qualifié, intéressé et une structure de soins fonctionnelle et compétente pour tendre vers un même but : relancer progressivement les organismes de santé existants et leur autonomie. Cette volonté humanitaire tente de reculer toutes les limites de la fatalité, de l'ignorance et de l'oubli tout en respectant une certaine éthique médicale.

Partir à la découverte de l'humanitaire, c'est explorer un univers dont dépendent les deux tiers de la population.

« La vraie générosité envers l'avenir consiste à tout donner au présent. »

Albert CAMUS



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Documents sur support papier

- [1] HORDAN V.
Les métiers de la solidarité internationale.
Editions L'Harmattan, 1998.
- [2] Grand Dictionnaire Encyclopédique Larousse, Tome 5.
Librairies Larousse, 1993.
- [4] BRAUMAN R.
Humanitaire, le dilemme.
Collection conversations pour demain, Textuel, 2004.
- [6] RUFIN J-C.
L'aventure humanitaire.
Editions Découvertes Gallimard.
- [9] VALDENNAIRE E.
Sage-femme humanitaire... être utile ou ne pas nuire...
Mémoire soutenu à Nancy, Promotion 1996-2000.
- [10] ROCA P-J.
Vers un monde plus équitable.
Textes et Documents pour la Classe, du 15 au 31 octobre 2004, n° 822.
- [11] KLEIN M-B.
Sages-femmes, école de sages-femmes, organisations non gouvernementales, y a-t-il un lien ?
Mémoire soutenu à Dijon, Promotion 1992-1993.
- [12] CONDAMINES C.
L'aide humanitaire entre la politique et les affaires.
Editions L'Harmattan.
- [13] Grand Dictionnaire Encyclopédique Larousse, Tome 9.
Librairies Larousse, 1993.
- [14] LEBOURGEOIS G.
L'humanitaire, une autre dimension pour la profession infirmière.
Revue de l'Infirmière, Décembre 2001, Supplément n° 76.
- [15] Partir avec MSF.
Médecins Sans Frontières.

- [16] VIGOUROUX J.
Agir avec les ONG.
Regards sur le monde, Editions PEMF Ados, 1999.
- [18] SERVANT J-C.
Les métiers de l'humanitaire.
Collection L'Etudiant pratique, Série Vocation, 1993, n° 603.
- [19] FERRE J-L.
L'action humanitaire.
Editions Les Essentiels Milan, 1995.
- [20] STADERINI N.
Sage-femme en Afghanistan.
Editions Cheminements, 2003.
- [21] PARIS V.
Le rôle de la sage-femme en mission humanitaire.
Mémoire soutenu à Bordeaux, Promotion 1991-1995.
- [22] RIGAL J.
Pour la fin d'un mythe.
Messages MSF, mars-avril 1995, n ° 77.
- [23] ZERROUKI A., GAGNAYRE R., BIBERSON P.
Formation des personnels de santé dans le cadre des actions humanitaires :
expérience d'une organisation non gouvernementale.
Santé publique 2000, Volume 12, n° 3, p. 355-362.
- [27] Répondre à la demande de la planification familiale.
Publié par le Population Information Program, Center for Communication
Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, Volume XXVII,
n° 2, juillet 1999, Séries J, n° 49.
- [29] Empêcher les femmes de mourir.
Publié par le Population Information Program, Center for Communication
Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, Volume XXVII,
n° 2, juillet 1999, Séries J, n° 49.
- [32] PARET Henri
Humanitaire et santé publique.
Editions L'Harmattan, 1997.
- [34] Dossier « Santé maternelle en Afrique Francophone »
Journal de Gynécologie et d'Obstétrique, Biologie de la reproduction, 2002, n°
31, p.40-120.
- [36] VALDENNAIRE E.
Maternité Saint Gabriel, Manuel Qualité, 2004.

- [37] VALDENAIRE E.
Partage en direct d'une mission humanitaire dans une maternité en Guinée.
Dossiers de l'Obstétrique, avril 2004, n° 326.
- [38] CINTAS A., BUDECKI C., RAOULT F., GOYET S.
La formation des accoucheuses villageoises en Guinée. Vécu d'une sage-femme dans une ONG.
Maternité de Sibut, République Centrafricaine.
De la brousse à l'hôpital ...
Rapport narratif d'exécution. Bilan d'activités médicales.
Les Dossiers de l'Obstétrique, juillet-août 1991, n° 186.
- [43] JUSTAUT S.
Sage-femme en organisation non gouvernementale, formation des accoucheuses traditionnelles en Afrique.
Mémoire soutenu à Toulouse, Promotion 1989-1993.
- [46] DE BROUWERE V., TONGLET R., VAN LERBERGHE W.
« La maternité sans risques » dans les pays en développement : les leçons de l'histoire.
In Studies in Health Services Organisation and Policy, 1997.
- [48] DEBORDE A.
Naître au Sénégal.
Les Dossiers de l'Obstétrique, septembre 2002, n° 308.
- [49] BRADOL J-H.
Dossier sur l'offre de soins aux femmes.
Messages MSF, mai 2004, n° 130.
- [51] Dossier « Les risques de la maternité »
Infos MSF, avril 2004, n°108.
- [52] Sous la direction de MOORE J., LEVEILLE D.
Des choix difficiles. Les dilemmes moraux de l'humanitaire.
Editions Gallimard.
- [53] DE SENARCLENS P.
L'humanitaire en catastrophe.
Editions Presse de Sciences Po, 1999.
- [54] WARNER D.
La politique de la séparation du politique de l'humanitaire.
Revue internationale de La Croix Rouge, 1999, n° 833, p.109-118.
- [55] JEAN F. et RUFIN J-C.
Economie des guerres civiles.
Editions Hachettes Littératures, septembre 1996.

- [57] COLETTE E.
Le risque humanitaire.
L'Intelligent, du 11 au 17 mai 2003, n° 2209, p.135-137.
- [58] GUBERT R., WEBER O.
Les dérives de l'humanitaire.
Le Point, 7 mai 2002, n° 1547.
- [60] BRUNEL Sylvie
Frontières.
Editions Denoël, 2003.
- [63] BRAUMAN R., BACKMAN R.
Les médias et l'humanitaire. Ethique de l'info ou charité-spectacle.
Editions CFPJ, 1996.
- [64] DAUVIN P., SIMEANT J. et C.A.H.I.E.R
Le travail humanitaire,
Les acteurs des ONG, du siège au terrain.
Editions Presse de Sciences Po, 2002.
- [66] MASSELOT-GUIR A
Sage-femme sans frontières : « Au Laos, on laisse les gens être. »
Profession sage-femme, 2005, n° 3.
- [69] Obstétrique en situation d'isolement
Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes.
MSF, 2^{ème} édition 2003.

Documents électroniques

- [3] LAVOINNE Y.
L'humanitaire et les médias.
Collection Passerelles.
Disponible sur : http://sites.univ-lyon2.fr/pul/article.php3?id_article=14
[s.univ-lyon2.fr/pul/article.php3?id_article=14](http://sites.univ-lyon2.fr/pul/article.php3?id_article=14)
- [5] SOMMARUGA C.
Réflexions et convictions sur l'humanitaire d'aujourd'hui et de demain.
Revue Internationale de La Croix Rouge, 2000, n° 838, p.295-310.
Disponible sur :
<http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/iwpList98/02BDC2FE5516E4B5C1256C75...>

- [7] RAMOS H.
Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en voie de développement.
Etude réalisée par le CREDES, septembre 2000.
Disponible sur : <http://www.hcci.gouv.fr/lecture/note/nl133.html>
- [8] GAYE J-J.
D'Alma-Ata à Bamako.
Disponible sur : <http://www.bioltrop.org/00-entete/ib.htm>
- [17] JAMESON L.
L'humanitaire : des compétences au service de l'homme.
Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/conc/revision/humanitaire.php>
- [24] OMS.
Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement.
Guide destiné à la sage-femme et au médecin.
Disponible sur : http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/preface.html
- [25] MORELLEC J., ROUSSEY M.
Les activités de protection maternelle et infantile.
Disponible sur : <http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatric/PMI-activites.htm>
- [26] Pr PLANTAZ D.
Protection maternelle et infantile, santé scolaire.
Septembre 2004.
- [28] UNICEF.
La mortalité maternelle est anormalement élevée dans les pays en développement.
Communiqué de presse UNICEF/SANTE MATERNELLE.
Disponible sur : http://www.childinfo.org/maternal_mortality_in_2000.pdf
- [30] UNFPA, Etat de la population mondiale 2004.
Santé en matière de reproduction et planification familiale.
Disponible sur : <http://www.unfpa.org/swp/2004/francais/ch10/> - 27k
- [31] UNFPA, Etat de la population mondiale 2004.
Santé en matière de reproduction pour les communautés en crise.
Disponible sur : <http://www.unfpa.org/swp/2004/francais/ch10/> - 27k
- [33] World Health Organization, WHO.
WHO antenatal care randomized trial : manuel for the implementation of the new model. WHO/RHR/01.30. Geneva. World Health Organization 2001.
Disponible sur : http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html

- [35] VILLAR J.
For the WHO Antenatal Care Trial Research Group-WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care.
The Lancet, 2001,n° 357, p. 1551-1564.
Disponible sur : http://www.gfmer.ch/Bibliotheque_sante_genesique_OMS/Sys_Review.htm
- [39] GIFA, Geneva Infant Feeding Association, Association genevoise pour l'alimentation infantile.
Disponible sur : <http://www.gifa.org/> - 56k
- [40] WALTER P.
Alimentation infantile en situation d'urgence.
Disponible sur : <http://www.ibfan.org/french/activities/emergencies/ife08-fr.html>
- [41] La Leche League International.
Eradication de la pauvreté : quelle place pour l'allaitement ?
Commission sur le statut des femmes, 2005.
Disponible sur : <http://www.lalecheleague.org/advocacy/unstatementFR.html>
- [42] CAUSSE G.
Etre acteur de sa vie.
Disponible sur : <http://plurielles.tf1.fr/plurielles/viesde-femmes/portrait/0,,1497492,00...>
- [44] OMS.
Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement.
Guide destiné à la sage-femme et au médecin, OMS.
Disponible sur : http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p1_p4_evaluatio...
- [45] OMS.
Santé de la mère et du nouveau-né.
Guide destiné à la sage-femme et au médecin, OMS.
Disponible sur : http://www.who.int/reproductive-health/mere_nouveau_ne/
- [47] UNFPA, Etat de la population mondiale 2004.
Santé maternelle.
Disponible sur : <http://www.unfpa.org/swp/2004/francais/ch7/> - 38k
- [50] UNFPA, Etat de la population mondiale 2004.
Prévention du VIH / sida.
Disponible sur : <http://www.unfpa.org/swp/2004/francais/ch8/index.htm>
- [56] DE GEOFFROY V.
Militaro-humanitaire ou civilo-militaire ?
Disponible sur : <http://www.urd.org/publi/artVDGmvt.htm>
- [59] Quand l'humanitaire se moque de la charité.

Disponible sur :

http://www.libres.org/francais/archives/societe/archi/societe_032002/humanitaire_s11...

- [61] BOEGLI U.
Les relations entre organismes humanitaires et médias : quelques réflexions.
Revue internationale de La Croix Rouge, 31/12/1998, n° 832.
Disponible sur :
<http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/iwpList356/EA4EA4F1F85D850EC1256C7...>

- [62] RUFFINI G.
Les ONG et l'aide humanitaire.

- [65] VANN C. et SCHARER D.
Aide au développement : les traditions locales aussi importantes que les valeurs universelles.
Article du sommet mondial sur la société de l'information.
Disponible sur : <http://www.infosud.org/showArticle.php?article=610>

- [67] LEMARCHAND P. et ROBINEAU C.
Intervenants civils et souffrance psychique.
Article du centre de psychologie humanitaire, octobre 2001.
Disponible sur : http://www.humanitarian-psy.org/pages/articles_details.asp?id=39

- [68] Conseil National de l'Ordre des sages-femmes.
Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/compet/procompetintro.htm>

- [70] MATHON B.
Humanitaire : Organiser son retour.
Disponible sur : <http://www.france5.fr/emploi/travailler/W00211/47/>

ANNEXES

- **Annexe 1** : Le questionnaire.
- **Annexe 2** : Un exemple de profil de sage-femme expatriée.
- **Annexe 3** : Arrêté du 23 février 2004 paru au Journal Officiel de la République Française le 19/03/2004.
- **Annexe 4** : Les bienfaits de l'allaitement maternel.
- **Annexe 5** : La symphysiotomie.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

DANS LE MONDE HUMANITAIRE

1/ Votre identité :

- âge
- situation familiale
 - . lors de votre première mission
 - . actuellement
- enfants (nombre et âge)
 - . lors de votre première mission
 - . actuellement
- parcours professionnel depuis l'obtention de votre Diplôme d'Etat jusqu'à aujourd'hui (service public/privé, temps plein/partiel, type de service, statut)

2/ Qu'est-ce qui vous attire dans l'humanitaire ?

3/ Quels sont les éléments déclencheurs de votre engagement dans une mission humanitaire ?

4/ Quelle(s) intervention(s) avez-vous effectué ? Précisez la (ou les) date(s), le (ou les) lieu(x), le (ou les) type(s), l' (ou les) intitulé(s) et la (ou les) durée(s) de la (ou les) mission(s).

La suite de ce questionnaire est valable pour chacune de vos expériences si vous souhaitez les détailler.

5/ Avec quel(s) organisme(s) humanitaire(s) avez-vous choisi de partir ?
Et pourquoi celui-ci (ou ceux-ci) ?

6/ Quels étaient vos objectifs initiaux de missions ?

7/ Finalement, quelles étaient vos actions sur le terrain ?

8/ Avez-vous dépassé vos compétences professionnelles ?
Si oui, dans quelles mesures ?

9/ Dans quels domaines cette expérience vous a-t-elle enrichie ?

10/ Quelles étaient les difficultés rencontrées sur place ?

11/ D'après vous, quels sont les rôles de la sage-femme dans le monde humanitaire ?

12/ Quels seraient vos conseils pour une sage-femme désireuse de mener une action humanitaire ?

13/ Par rapport au travail effectué en mission, la formation initiale des sages-femmes vous paraît-elle adaptée ?

Si non, avez-vous des suggestions ?

14/ Ce sujet vous suggère-t-il d'autres commentaires ?

En vous remerciant par avance de l'aide que vous m'apportez pour la rédaction de mon mémoire.

Cordialement.

Anne BAUDRY

Pour tous renseignements, je suis joignable par :

- mail : anne_baudry@yahoo.fr
- adresse postale : 6 cours Sully
Résidence Le Magellan App 91
44000 NANTES
- téléphone :
 - . portable : 06.18.60.10.34
 - . fixe : 02.51.86.28.41 ou 08.71.77.90.54

ANNEXE 2

ANNEXE 3

Art. 2. – Le préfet désigne un hydrogéologue chargé d'instruire la demande d'avis parmi les hydrogéologues agréés, sur proposition de l'hydrogéologue coordonnateur.

L'hydrogéologue coordonnateur détermine le nombre de vacations afférent à chaque rapport fourni par l'hydrogéologue agréé en réponse à la demande d'avis. Selon son importance et sa complexité, un rapport peut donner lieu au maximum à l'attribution de quarante vacations.

Le ministre chargé de la santé peut, à la demande du préfet, fixer un nombre de vacations supérieur pour des rapports d'importance exceptionnelle.

Le préfet informe concomitamment l'hydrogéologue désigné et le demandeur du nombre de vacations retenu.

Art. 3. – Pour chaque dossier, les indemnités accordées à l'hydrogéologue désigné comprennent :

- des vacations ;
- les remboursements des frais de déplacement sur justificatifs dans les conditions prévues par les décrets des 12 avril 1989, 28 mai 1990 et 19 juillet 2001 susvisés ;
- le remboursement des autres frais qu'il engage pour l'accomplissement de la mission (téléphone, reprographie, secrétariat), sur justificatifs.

Art. 4. – Le montant unitaire de la vacation est fixé à 38,10 € hors taxe sur la valeur ajoutée.

Les vacations allouées aux fonctionnaires en activité sont calculées sur la base d'un taux réduit de moitié. Leur montant ne peut excéder 2 014 € par hydrogéologue et par an. Toutefois, à titre dérogatoire pour une période de cinq ans à compter de la publication du présent arrêté, le nombre total annuel des vacations peut dépasser ce seuil.

Art. 5. – L'hydrogéologue agréé transmet son rapport au demandeur accompagné du décompte des indemnités et en adresse une copie au préfet. Le décompte doit concorder avec le nombre de vacations mentionné à l'article 2 du présent arrêté.

Art. 6. – L'arrêté du 19 février 1988 relatif à la rémunération des agents des services de l'Etat et des établissements publics de l'Etat hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique est abrogé.

Art. 7. – Les préfets sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 décembre 2003.

*Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général
de la santé :

*Le chef du service prévention,
programmes de santé et gestion des risques,
adjoint au directeur général de la santé,*
Y. COQUIN

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur du budget :

Le sous-directeur,
L. DE JEKOWSKY

*Le ministre de la fonction publique,
de la réforme de l'Etat
et de l'aménagement du territoire,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général
de l'administration et de la fonction publique :

*Le sous-directeur des statuts
et des rémunérations,*
A. WAGNER

Le ministre délégué aux libertés locales,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général des collectivités locales,

B. BUR

Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes

NOR : SANH0420671A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4151-4, R. 5128-2, R. 5193, R. 5194 et R. 5212 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 23 octobre 2003,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Est fixée dans les annexes I et II au présent arrêté la liste des médicaments par classes thérapeutiques que les sages-femmes peuvent prescrire, d'une part à la femme, d'autre part à l'enfant, et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Pour chaque classe thérapeutique, la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5128-2 susvisé, et notamment des indications et contre-indications éventuelles.

Toute commande de médicaments à usage professionnel ou toute prescription doit être rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

Art. 2. – Est fixée en annexe III la liste des médicaments classés comme stupéfiants que les sages-femmes peuvent prescrire à leurs patientes et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Art. 3. – L'arrêté du 17 octobre 1983 est abrogé.

Art. 4. – Le présent arrêté et ses annexes seront publiés au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 février 2004.

JEAN-FRANÇOIS MATTIE

ANNEXE I

LISTE DES MÉDICAMENTS RENFERMANT OU NON DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES

1. Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux.
2. Antiseptiques locaux.
3. Anesthésiques locaux : médicaments renfermant de la lidocaïne.
4. Antibiotiques par voie orale dans le traitement des infections urinaires basses ou vaginales prescrits sur antibiogramme. Prescription non renouvelable pour une infection donnée.
5. Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvovaginites.
6. Antispasmodiques.
7. Antiémétiques.
8. Antalgiques :
 - paracétamol oral et injectable ;
 - association de paracétamol et de dextropropoxyphène.
9. Contraceptifs :
 - spermicides locaux ;
 - contraception d'urgence : levonorgestrel seul ou associé à l'éthinylestradiol ;
 - contraception hormonale orale du *post-partum* prescrite à la sortie de la maternité (prescription non renouvelable).
10. Laxatifs.
11. Vitamines et sels minéraux par voie orale.
12. Topiques à activité trophique et protectrice.
13. Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et anesthésiques.
14. Solutés injectables :
 - solutés de glucose (de toute concentration) ;
 - solutés de bicarbonate isotonique et semi-molaire ;
 - soluté de chlorure de sodium isotonique ;
 - soluté de gluconate de calcium ;
 - solution de Ringer.
15. Solutés de remplissage dans les états de choc, composés d'hydroxyéthylamidon.
16. Ephédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente.
17. Antihypertenseur : renouvellement d'une prescription de nifédipine par voie orale faite par un médecin.
18. Ocytociques : produits renfermant de l'ocytocine.
19. Bêta mimétiques : renouvellement d'une prescription par voie orale faite par un médecin.
20. Médicaments assurant le blocage de la lactation.
21. Immunoglobulines anti-D.
22. Vaccin antirubéolique.

ANNEXE II

LISTE DES MÉDICAMENTS RENFERMANT OU NON DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES NOUVEAU-NÉS

1. Antiseptiques locaux.
2. Anesthésiques locaux : crèmes ou patchs contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne.
3. Antalgiques : paracétamol par voie orale.
4. Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs.
5. Vitamines et sels minéraux par voie orale : la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1.
6. Topiques à activité trophique et protectrice.
7. Solutés injectables :
 - solutés de glucose (de toute concentration) ;
 - solutés de bicarbonate isotonique et semi-molaire ;
 - soluté de chlorure de sodium isotonique ;
 - soluté de gluconate de calcium.
8. Adrénaline : en cas d'urgence, voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né en l'attente du médecin.
9. Naloxone (forme néonatale, ampoules dosées à 0,04 mg).
10. Vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B.

ANNEXE III

LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION

1. Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente.
2. Nalbuphine, ampoules injectables dosées à 20 mg, usage limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente.

Arrêté du 1^{er} mars 2004 portant modification de l'arrêté du 5 mai 1995 relatif aux rémunérations et aux différents avantages sociaux des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

NOR : SANS0420784A

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Vu le décret n° 77-347 du 28 mars 1977 fixant le statut des praticiens-conseils chargés du contrôle médical du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, et notamment son article 14 ;

Vu l'arrêté du 5 mai 1995 relatif aux rémunérations et aux différents avantages sociaux des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Vu l'arrêté du 24 novembre 2003 modifiant l'arrêté du 5 mai 1995 susvisé ;

Vu le protocole d'accord concernant les agents de direction et les agents comptables du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles du 28 juin 2002,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – A l'article 5 de l'arrêté du 5 mai 1995 susvisé, le deuxième alinéa est supprimé et est remplacé par les dispositions suivantes :

« A compter du 1^{er} janvier 2003, le médecin-conseil national, les médecins-conseils nationaux adjoints et les médecins-conseils régionaux bénéficient au titre de leurs responsabilités particulières d'une prime mensuelle de 5,33 points. »

Art. 2. – Le directeur de la sécurité sociale et le directeur du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1^{er} mars 2004.

*Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :

*La sous-directrice de la gestion
et des systèmes d'informations,*

R. TAILLEUR

*Le ministre des affaires sociales,
du travail et de la solidarité,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur

de la sécurité sociale :

La sous-directrice de la gestion

et des systèmes d'informations,

R. TAILLEUR

Le ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur du budget :

Le sous-directeur,

F. CARAYON

Arrêté du 2 mars 2004 relatif au budget pour 2004 de l'agence régionale de l'hospitalisation de la Guyane

NOR : SANG0420728A

Par arrêté du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et du ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire en date du 2 mars 2004, le montant général du budget primitif pour 2004 de l'agence régionale de l'hospitalisation de la Guyane est approuvé en recettes et en dépenses à la somme de 807 928 €.

Arrêté du 2 mars 2004 relatif au budget pour 2004 de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine

NOR : SANG0420732A

Par arrêté du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et du ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire en date du 2 mars 2004, le montant général du budget primitif pour 2004 de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine est approuvé en recettes et en dépenses à la somme de 1 197 499 €.

Arrêté du 3 mars 2004 portant autorisation d'emploi d'un matériau pour le conditionnement d'une eau minérale naturelle

NOR : SANP0420860A

Par arrêté du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées en date du 3 mars 2004, est autorisé, pour le conditionnement de l'eau de la source Vauban 97, captée à Saint-Amand-les-Eaux (59) et diffusée sous l'appellation d'eau minérale naturelle, l'emploi du matériau désigné sous le nom de AUS.STA/V97.P/2001.

Arrêté du 4 mars 2004 fixant les modalités d'exonération de la cotisation étudiante d'assurance maladie pour les étudiants boursiers

NOR : SANS0420800A

Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Vu le décret n° 2003-801 du 26 août 2003 modifiant les modalités d'exonération de la cotisation étudiante d'assurance maladie pour les étudiants boursiers ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 381-4, L. 381-8 et R. 381-16 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 30 janvier 2004,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application des dispositions des articles L. 381-4, L. 381-8 et R. 381-16 du code de la sécurité sociale, les étudiants qui sont exonérés de la cotisation étudiante d'assurance maladie sont, conformément aux articles L. 821-1 à L. 821-4 du code de l'éducation nationale, les étudiants qui justifient de conditions sociales leur permettant de prétendre au bénéfice ou au renouvellement d'une bourse d'enseignement supérieur au titre de l'année universitaire à venir.

Les aides spécifiques visées au deuxième alinéa de l'article L. 821-1 du code de l'éducation nationale ne sont pas considérées comme bourses d'enseignement supérieur et ne donnent pas droit à exonération.

ANNEXE 4

Les bienfaits de l'allaitement maternel : Saviez-vous que ?

Pour la santé des nourrissons:

- L'allaitement maternel fournit tous les éléments nutritifs et toute l'eau nécessaires pour les 6 premiers mois de vie, jusqu'à la moitié, voir plus, des besoins nutritionnels entre 6 et 12 mois et jusqu'à un tiers entre 12 et 24 mois.
- Le lait maternel a des propriétés anti-infectieuses qui protègent le nourrisson contre les infections. Le colostrum, le lait des premiers jours après l'accouchement, est en fait la première "immunisation essentielle".
- Les enfants nourris au sein sont moins souvent malades et sont moins exposés au risque de mort provoqué par des infections comme la diarrée et les infections respiratoires aiguës.
- Lorsqu'ils ne sont pas allaités exclusivement, les nourrissons ont 25 fois plus de probabilité de mourir de diarrée pendant les 6 premiers mois.
- L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'il serait possible de sauver la vie d'un million et demi d'enfants chaque année par l'allaitement maternel.

Pour la santé des mères: l'allaitement maternel ...

- réduit la perte de sang après l'accouchement, aidant l'utérus à se contracter;
- retarde le retour à la fécondité, contribuant ainsi à l'espacement naturel des naissances;
- favorise le lien entre mère et enfant;
- réduit le risque de cancer des ovaires, des seins et d'autres organes de la reproduction, plus tard dans la vie.

Les bénéfices économiques: l'allaitement maternel ...

- est la méthode la plus économe d'alimenter le nourrisson, car elle ne requiert pas l'achat de combustible, de biberons, d'eau et de lait, ni de temps pour la préparation. Il réduit donc la dépendance et libère la femme.
- réduit les coûts de soins de santé.

ANNEXE 5

Symphysiotomie

La symphysiotomie permet d'accroître temporairement le diamètre pelvien (jusqu'à 2 cm) en séparant chirurgicalement les ligaments de la symphyse sous anesthésie locale. Il convient de ne pratiquer cette intervention qu'associée à une extraction par [ventouse obstétricale](#), ce qui constitue une intervention salvatrice dans les régions où une césarienne n'est pas envisageable ou pas réalisable dans l'immédiat. Elle ne laisse pas de cicatrice utérine et le risque de rupture utérine lors d'accouchements ultérieurs n'est pas accru.

Il faut néanmoins comparer les avantages de cette opération aux risques qu'elle comporte. Il y a notamment un risque de lésion urétrale et vésicale, d'infection, de douleur et de difficulté ambulatoire à long terme. En conséquence, il importe de ne pratiquer une symphysiotomie que lorsqu'il n'y a pas d'alternative sans danger.

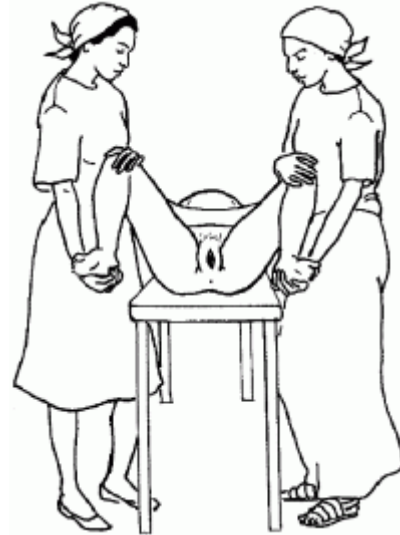
- Réexaminer la patiente et préciser les indications de symphysiotomie :
 - bassin rétréci ;
 - présentation du sommet ;
 - deuxième stade du travail prolongé ;
 - absence de descente du mobile fœtal après renforcement approprié de l'activité utérine ;

ET

- échec avéré ou prévisible de l'extraction par ventouse obstétricale seule.
 - S'assurer que les conditions sont réunies pour une symphysiotomie :
 - le fœtus est vivant ;
 - le col est complètement dilaté ;
 - la tête se trouve au niveau – 2 ou au plus trois cinquièmes de la tête se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne ;
 - il n'y a pas de débord de la tête au niveau de la symphyse pubienne ;
 - la césarienne n'est pas envisageable ou pas réalisable dans l'immédiat ;
 - le prestataire de soins a l'expérience et les compétences nécessaires pour réaliser une symphysiotomie.
 - Revoir les [principes généraux](#) à observer pour les soins.
 - Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Lui faire une [infiltration locale de lidocaïne](#).
 - Demander à deux aides de tenir les jambes de la patiente fléchies et d'écarter ses cuisses du plan médian, l'abduction ne devant toutefois pas dépasser 45° (**fig. I-25**).

Une abduction de plus de 45° par rapport au plan médian risquerait de provoquer une déchirure de l'urètre et de la vessie.

Figure I-25
Position de la patiente pour la symphysiotomie



- Faire une [épisiotomie médio-latérale](#). Si l'épisiotomie a déjà été réalisée, l'agrandir afin de limiter autant que possible l'étirement de la paroi vaginale et de l'urètre.
- Infiltrer les parties antérieure, supérieure et inférieure de la symphyse avec [une solution de lidocaïne à 0,5 %](#).

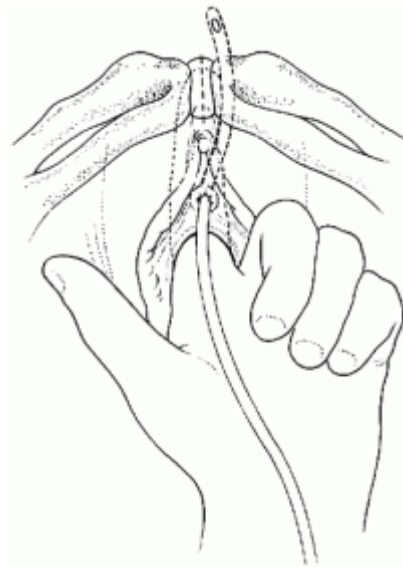
Note : Aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, **à l'aspiration, du sang remonte dans la seringue**, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. **Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.**

- Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer le col avec une pince. Si **la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

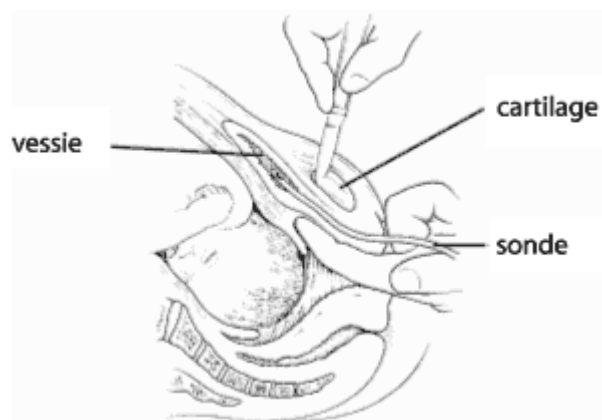
- Introduire une sonde rigide de façon à pouvoir repérer l'urètre.
- Badigeonner la peau de la région sus-pubienne avec une [solution antiseptique](#).
- Après avoir enfilé des gants désinfectés, introduire un index dans le vagin et écarter la sonde et, avec elle, l'urètre, du plan médian (fig. I-26).

Figure I-26
Refoulement de l'urètre sur un côté après mise en place de la sonde



- De l'autre main, prendre un bistouri à lame épaisse et rigide et inciser verticalement la symphyse pubienne en y plantant la lame.
- Toujours sur le plan médian, traverser le cartilage qui relie les deux branches pubiennes avec la lame jusqu'à ce qu'on sente la pression de cette dernière sur l'index vaginal.
- Couper le cartilage de haut en bas jusqu'au pôle inférieur de la symphyse pubienne, puis tourner la lame dans l'autre sens et couper de bas en haut jusqu'au pôle supérieur.
- Une fois que la symphyse a été sectionnée sur toute sa longueur, les branches pubiennes se séparent.

Figure I-27
Section du cartilage



- Après avoir sectionné le cartilage, retirer la sonde pour limiter les lésions traumatiques de l'urètre.
- [Extraire l'enfant à l'aide d'une ventouse obstétricale](#). La descente de la tête provoque un écartement de 1 à 2 cm au niveau de la symphyse.
- Après avoir extrait l'enfant, placer une sonde vésicale à demeure (sonde de Foley à ballonnet).

Il n'est pas nécessaire de refermer l'incision, sauf en cas de saignement.

SOINS POST-OPERATOIRES

- Si la patiente présente des signes d'infection ou si elle a de la fièvre, lui administrer un [traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre ait disparu depuis 48 h](#):

- 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 h ;

PLUS

- 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 h ;

PLUS - 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 h.

- Administrer les [analgésiques appropriés](#).
- Appliquer des bandes adhésives élastiques sur la partie antérieure du bassin, d'une pointe iliaque à l'autre pour stabiliser la symphyse et réduire la douleur.
- Laisser la sonde à demeure pendant un minimum de 5 jours.
- Inciter la patiente à boire beaucoup pour avoir un bon débit urinaire.
- Lui conseiller de rester alitée pendant 7 jours après sa sortie de l'hôpital.
- L'inciter à commencer à marcher en se faisant aider quand elle sera prête.
- Si elle se plaint de **difficultés à la marche** et de **douleurs persistantes** (cela arrive dans 2 % des cas), lui faire suivre une physiothérapie.

/ Résumé /

La grossesse n'est pas une maladie ; l'accouchement et la maternité non plus. Pourtant, selon l'OMS, chaque minute, une femme meurt des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Ces complications sont également à l'origine de trois millions d'enfants mort-nés et du décès de trois autres millions de nouveaux-nés au cours de leur première semaine de vie.

La sage-femme, professionnelle de santé privilégiée du monde de la maternité et de la petite enfance, ne peut accepter le paradoxe de mourir au moment de donner la vie. C'est pourquoi, elle peut choisir de pratiquer hors de nos frontières pour lutter pour plus de dignité et de liberté à l'accomplissement d'une nouvelle vie. Elle se transforme alors en acteur ayant la légitimité de témoigner d'une vérité pesante.

Ses compétences sont fréquemment recherchées dans des missions de développement de santé materno-infantile et plus rarement dans des actions d'urgence. De par ses qualités d'observation et d'écoute, elle a la possibilité de réaliser des missions d'évaluations où elle analyse la situation donnée, prend contact avec la population et définit les objectifs et stratégies à suivre. Son rôle préventif est mis en valeur dans le domaine de la protection maternelle avec la planification, l'éducation familiale et les consultations prénatales. Mais également dans le monde de la petite enfance, où son domaine de compétences peut s'élargir jusqu'aux cinq ans de l'enfant et comprendre la vaccination, le développement psycho-moteur, la nutrition et même l'éducation. Lors des accouchements et en suite de couches, elle trouve toute sa nécessité avec un rôle curatif toujours prédominant. Elle est également amenée à gérer des situations variées et intervient finalement sur différentes activités médicales, comme les avortements, les Infections Sexuellement Transmissibles, les mutilations ou les violences sexuelles ; mais aussi sur des activités extra médicales de coordination ou d'autres postes à responsabilités.

L'objectif final est de permettre à la maternité et à l'enfance de ressembler à autre chose qu'une fatalité.

/ Mots clés /

- Sage-femme,
- Sans frontières,
- Humanitaire,
- Organisations Non Gouvernementales (ONG).

« Il ne s'agit plus de rêver d'un monde meilleur, il faut y œuvrer. »

Cornelio SOMMARUGA

