

Analyse et discussion des résultats

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

A. Points forts

L'une des forces de cette étude réside dans l'hétérogénéité des sages-femmes interviewées, par leurs âges mais aussi leurs parcours professionnels et humanitaires. En effet, nous avons eu l'occasion de discuter avec des femmes âgées de 25 à 68 ans, certaines ayant travaillé essentiellement en hospitalier, d'autres essentiellement en libéral, d'autres encore ayant diversifié les secteurs d'exercice. L'une d'elle n'avait pas encore exercé en tant que sage-femme diplômée avant de réaliser sa 1^{ère} mission.

Cependant, nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger de sage-femme de sexe masculin. Ce point doit toutefois être relativisé, le Répertoire partagé des professionnels de santé a estimé à 1.8% la proportion d'hommes dans cette profession en 2014 en Ile-de-France [40]. Ce pourcentage rapporté à notre population de 11 sages-femmes, 0 à 1 homme aurait dû participer à l'étude.

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

Ma propre expérience de la mission CAMINOR en décembre 2017 m'a permis une meilleure interaction avec les sages-femmes interrogées. Sachant que nous avons vécu une expérience similaire, la prise de contact et l'échange en ont été facilités.

Pourtant, cette pré-connaissance de la mission a pu avoir pour conséquence le passage sous silence de certaines choses, comme la description de la mission, des populations rencontrées et des actions effectuées, certains aspects n'étant que suggérés.

B. Points faibles et biais de l'étude

La faiblesse de cette étude se fonde sur le nombre d'entretien et leurs conditions de réalisation. En effet, 11 entretiens ne suffisent pas à généraliser les informations obtenues à l'ensemble des sages-femmes ayant réalisé des missions humanitaires.

Pour des raisons géographiques et afin d'obtenir ce nombre d'entretien, nous avons dû les réaliser par téléphone ou via WhatsApp puisque les sages-femmes interrogées étaient dans

différentes régions du territoire français voire à l'étranger, ce qui a pu limiter la lecture des émotions éprouvées.

Toutefois, cela n'a pas diminué la qualité de l'échange, les sages-femmes se trouvant dans l'environnement de leur choix et à l'horaire qu'elles souhaitaient, cela a peut-être permis une certaine qualité d'interrogation, l'attention étant portée uniquement sur l'écoute.

Deux biais ont pu être mis en exergue lors de la réalisation de cette étude : le biais de mémorisation et le biais d'interprétation.

En effet, pour certaines sages-femmes, la première mission humanitaire réalisée avait eu lieu une dizaine d'années avant notre entretien, pouvant ainsi biaiser leurs souvenirs quant à leurs motivations de l'époque et leurs impressions sur les éventuelles modifications de la pratique professionnelle. Néanmoins, le délai entre la dernière mission effectuée et la réalisation de l'entretien était d'un an tout au plus.

Comme expliqué ci-dessus, les entretiens ont dû être réalisés par téléphone, entraînant un possible biais d'interprétation puisque les comportements non verbaux étaient inaccessibles.

II. Analyse et discussion des résultats

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

Les résultats de l'enquête seront donc analysés et discutés en 2 paragraphes : l'analyse de cet engagement d'une part, les modifications des pratiques professionnelles d'autre part.

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

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

Plusieurs sages-femmes ont en effet mis en avant le poids du marché du travail actuel pour leur choix de partir en mission courte. D'autres engagées professionnellement, sont parties sur des périodes de congés annuels.

Les attentes semblent également varier en fonction de l'activité professionnelle.

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

L'analyse des réponses apportées par les sages-femmes concernant la question de leur engagement humanitaire met en évidence deux processus d'engagement distincts. Pour certaines, il s'agit d'un devoir moral, un don de soi pour des valeurs que l'on souhaite défendre : ici la cause des étrangers, réfugiés ou migrants, accueillis sur le territoire français. Bien qu'elles n'aient pas exprimé la moindre appartenance à un parti politique précis, elles s'engagent pour atténuer ce sentiment « d'injustice », né notamment du désaccord avec l'éthique migratoire actuelle.

Pour d'autres, cet engagement relève plutôt d'une envie individuelle d'accomplir quelque chose, de transmettre leurs connaissances et leurs compétences, on retrouve également régulièrement « l'envie d'aider » ou tout simplement la recherche d'un intérêt personnel par la découverte d'une autre culture ou encore d'une autre façon d'exercer.

Quelle que soit la forme d'engagement, on retrouve, à l'issue de ce travail, une sensibilité militante marquée, qu'elle soit dirigée vers le niveau politique ou dans le souhait de transmission et/ou d'interculturalité.

Afin de distinguer ces 2 facettes, Serge Paugam, dans son article La dynamique de l'engagement humanitaire, utilise les termes d'engagement « intéressé », en opposition à l'engagement « éthique » [28]. D'après lui, cet engagement intéressé peut s'inscrire dans un contexte de rupture biographique ou de remise en cause identitaire, notion que l'on peut appliquer à plusieurs de nos bénévoles. En effet, nous pouvons identifier un facteur déclencheur à cet engagement chez 5 sages-femmes : un départ à la retraite, des enfants qui grandissent ou encore une lassitude professionnelle voire un épuisement vis-à-vis de l'exercice hospitalier.

Stéphanie Vermeersch, directrice de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique, va plus loin dans son analyse de l'engagement associatif bénévole : « le discours des bénévoles révèle le double ancrage de leur motivation : éthique et plaisir sont les moteurs de l'engagement associatif » [41]. L'éthique telle qu'elle est évoquée ici peut, selon son analyse, se diviser entre valeurs humanistes et universalité d'un côté et devoir de citoyenneté et de civisme de l'autre. Le plaisir quant à lui est « le résultat de l'engagement, mais aussi la condition et le moteur », plaisir par l'action, l'utilité et la sociabilité, autant de facteurs que l'on retrouve dans le discours de nos sages-femmes bénévoles. Le plaisir par l'action, dans le sens de l'engagement effectif, se retrouve chez une grande

majorité : 7 sages-femmes sur 11 évoquent un désir ancien de s'engager en humanitaire, au moins depuis le début de leur vie étudiante, parfois depuis l'enfance.

En ce qui concerne le plaisir par l'utilité, plusieurs nous ont dit s'engager pour « l'envie d'aider », l'utilisation de leurs compétences de sages-femmes dans un autre contexte. Enfin, pour ce qui est du plaisir par la sociabilité, « la rencontre de l'autre », il est surtout mis en avant par les sages-femmes retraitées, mais pas uniquement. On retrouve également cet aspect chez une sage-femme exerçant en libéral « être en équipe ça fait plaisir quoi ».

Le métier de sage-femme, comme tous métiers de la santé, est un métier tourné vers l'humain. Plusieurs sages-femmes font le parallèle entre leur engagement et leur exercice professionnel, l'engagement étant pour elle une suite logique à leur souhait de venir en aide à autrui, à cette envie de « prendre soin ». Alors comment expliquer que toutes les sages-femmes interrogées ne s'engagent pas en humanitaire ?

6 sages-femmes ont déclaré avoir ce que nous avons appelé un « milieu porteur » vers ce centre d'intérêt, qu'il soit issu du cercle familial ou amical. Elles ont été sensibilisées, via leurs pairs, à ce don de soi, à l'importance de se tourner vers les autres durant leur jeunesse, et au plaisir que l'on en tire, véhiculant ainsi une image positive de l'aide sociale et humanitaire. On retrouve ici le « modèle d'engagement processuel » de Douglas McAdam [33], qui tient compte du rôle que jouent les liens sociaux pour expliquer le fait que certaines personnes aux mêmes caractéristiques ne s'engagent pas forcément dans la même voie.

En plus d'une sensibilisation par les pairs, certaines avaient déjà fait l'expérience du bénévolat et de la vie associative dans leur jeunesse, 4 sur 11 pour notre étude, participant à des actions diverses : le Sidaction, le Téléthon, la distribution de repas.

Les différents liens sociaux ont donc bien une influence et peuvent expliquer, du moins en parti, cet engagement des sages-femmes.

Toutefois, nous avons pu relever que cette mission CAMINOR était une mission à part, du fait de son contexte, notamment politique. En effet, la tendance actuelle étant une politique d'endiguement des flux migratoires, l'État est intervenu dans la gestion de la cause de ces étrangers, réfugiés ou migrants, remplaçant parfois des bénévoles par des travailleurs sociaux, comme l'association AFEJI à Grande-Synthe [22].

Les camps de la région des Hauts-de-France trouvent donc leur singularité par la multiplicité des associations qui interviennent et la diversité des profils professionnels. Les sages-femmes ayant participé à cette mission ont par ailleurs évoqué la difficulté à comprendre cette organisation inter-associative, à connaître les différents acteurs.

Alexia Duytschaever et Chloé Tisserand, doctorantes en sociologie, mettent en opposition ces bénévoles et professionnels, les premiers ayant ce qu'elles qualifient de « politique de refuge », une revendication de mise à l'abri des migrants, axant leurs actions sur le « care » et pas seulement le « cure » tandis que les seconds auraient une « politique de régularisation », leur objectif étant de les accompagner vers les structures d'accueils prévues comme les Centres d'Accueil de demandeurs d'asile ou les Centres d'Accueil et d'Orientation [22]. Ainsi, entre le

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

Toutes ont été éprouvées par les conditions de vie de ces hommes, de ces femmes et de ces enfants, utilisant des termes forts pour les décrire. 5 sages-femmes précisent même qu'elles ont trouvé cette mission d'autant plus difficile qu'elle se déroule en France, évoquant des sentiments de « discrimination », de « culpabilité » ou encore « d'injustice » vis-à-vis de ces personnes. Parmi ces 5 sages-femmes, 4 ont d'ailleurs eu beaucoup de difficultés à mettre de côté la mission à leur retour.

Au vu des entretiens avec les sages-femmes ayant réalisé d'autres missions humanitaires, il apparaît que la première mission s'avère toujours plus difficile « *le fait d'en avoir déjà fait 1 rend les choses plus simples* » (Blanche), « *bah la première je pense qu'elle est toujours choquante parce que sais jamais où tu vas, ce que tu vas voir* » (Valentine).

Maud exprime ce sentiment aussi à propos de la 2nde mission CAMINOR « *on s'implique peut-être un peu moins émotionnellement* »

Rappelons que pour 6 de nos sages-femmes, CAMINOR était leur première mission humanitaire, ce qui pourrait expliquer l'abondance de ressentis négatifs et nous avons relevé que le milieu d'exercice professionnels ou l'âge ne semblent pas avoir d'impact ici.

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

Nous avons donc mis en exergue que les processus d'engagement des sages-femmes à partir sur une mission de courte durée sont similaires à l'engagement humanitaire en général, similaires par les motivations avancées par les bénévoles mais aussi par l'influence que peuvent avoir les liens sociaux. Néanmoins, les missions de courte durée semblent être favorisées pour une première expérience, mais également pour leur faisabilité en parallèle de l'exercice professionnel.

Aucun profil-type n'a pu être établi, la population étudiée étant complètement hétérogène, par l'âge, le cursus d'étude et le mode d'exercice professionnel ou encore le type de parcours humanitaire.

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

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

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

6 d'entre elles ont noté une modification concernant l'aspect relationnel de notre profession. Qu'elles exercent dans le secteur libéral ou le secteur hospitalier, ces sages-femmes, utilisant la richesse des échanges qu'elles ont pu avoir durant la mission, ont estimé avoir plus d'empathie envers les patientes en situation de précarité, qu'elles soient étrangères ou non, être plus compréhensives et essayer de s'adapter davantage à la culture et religion de chacune. Elles notent avoir une prise en charge plus globale, plutôt portée sur le versant administratif et une vision du soin plus large, prenant plus en compte la vie et les difficultés des patientes *« c'est vrai qu'à Calais je pense que j'ai appris à avoir une vision, ou une définition en tous cas plus juste du prendre soin »*.

Le partage de cette expérience avec leurs collègues est également mis en avant par 2 sages-femmes, espérant ainsi *« faire évoluer un peu les choses »*.

Toutefois, 2 sages-femmes ont également évoqué certaines difficultés d'adaptation à leur retour, notamment celle d'accepter les exigences de certaines patientes, ou encore les plaintes de leurs collègues.

Concernant le versant relationnel, nos conclusions sont donc semblables à celles tirées dans les études d'E. Lanterne [34] et d'A-L. Relais [36]. Rappelons qu'elles avaient conclu à une évolution de l'empathie envers les patientes, les sages-femmes se sentant plus tolérantes et à l'écoute de leurs patientes. La difficulté, pour certaines sages-femmes, vis-à-vis des réclamations de certaines patientes est également retrouvée dans ces études.

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

certaines données ne sont pas retrouvées dans notre étude, notamment concernant la modification de la pratique en termes de technique.

Dans notre étude, une seule sage-femme a noté un changement quant à sa pratique à son retour de la mission, estimant avoir amélioré ses capacités d'adaptation. Une autre sage-femme a évoqué son développement du sens clinique mais précise qu'il résulte plutôt de son expérience lors de ses missions de longue durée.

Les études d'A-L. Relais, de M. Moreau [35] et d'E. Lanterne faisaient état d'une meilleure gestion de l'urgence, d'une amélioration du sens clinique, allant de pair avec une diminution de la prescription des examens paracliniques. Toutefois, ces études concernaient des sages-femmes ayant réalisé des missions humanitaires dont la durée s'étalait de quelques jours à plusieurs mois, nous pouvons donc nous demander si ces changements ne sont pas uniquement tirés d'une expérience de longue durée.

Il apparaît ici qu'en fonction des objectifs initiaux de la mission réalisée, ainsi que de sa durée, l'impact sur la pratique professionnelle varie de manière significative.

En effet, quelle que soit la durée de la mission, nous assistons à une évolution de l'aspect relationnel de la profession par la richesse des connaissances culturelles issues des échanges entre les bénévoles et les populations rencontrées.

Au contraire, pour ce qui est de l'aspect technique de la profession de sage-femme, nous n'obtenons pas les mêmes résultats suivant la durée de la mission, 7 sages-femmes sur 8 n'évoquant aucune modification suite à leur retour de mission.

Pour expliquer ce fait, nous pouvons émettre deux hypothèses :

Premièrement, la politique actuelle, politique d'endiguement des flux migratoires de l'Union Européenne, consiste en une orientation des migrants vers les structures d'accueil prévues à cet effet, qui concernent de fait majoritairement les femmes et les enfants. En effet, les hommes préfèrent rester en dehors du système pour optimiser leurs chances de passer la frontière, ce qui aboutit à une moindre présence des femmes et des enfants sur les camps, rendant singulier le contexte de cette mission.

Deuxièmement, la brièveté de la mission avec le temps passé sur place ne permet pas de retrouver un impact sur le plan technique. En effet, les objectifs définis par GSF n'étaient pas tournés vers la prise en charge médicale en termes de technique mais plutôt vers l'accompagnement psycho-socio-administratif, c'est à dire organiser les différentes consultations et transferts nécessaires afin d'acheminer les patientes vers les hôpitaux alentours. Cette mission s'éloignant de nos compétences professionnelles habituelles, ce qui pourrait également expliquer cette absence de modification des pratiques au retour de mission.

Peut-être serait-il alors intéressant de réaliser une étude portant sur des missions de courte durée, élaborées par différentes ONG et ayant divers objectifs, afin de justifier ou d'infirmer ces hypothèses ?