

THEORIE ET CONCEPTS

I. Mission humanitaire

A. Un peu d'histoire

L'aide humanitaire n'est pas une idée neuve : l'idée originelle consiste à aider les blessés de guerre. Avec la Révolution Française et la proclamation de l'égalité des citoyens, l'armée de métier est remplacée par une armée de citoyens. A cette époque, les officiers de santé et les ambulances doivent se tenir éloignés des champs de bataille et attendre la fin des combats pour intervenir. Indigné de cette situation, Dominique Larrey, figure incontestable de l'histoire de la médecine militaire, propose de créer des équipes volantes afin de dispenser les premiers soins et d'évacuer les blessés. Il ne sera malheureusement guère imité au XIXe siècle, malgré quelques exceptions [2].

Quelques années plus tard, Henry Dunant assiste à la bataille de Solferino (juin 1859) et y découvre les atrocités de la guerre ; les corps meurtris, l'agonie des soldats abandonnés à eux-mêmes... [3].

Le respect de la personne humaine en temps de conflit armé devient sa priorité. Il se réunit en 1863 avec 4 personnalités genevoises et fonde le futur Comité International de la Croix-Rouge (CICR).

Le 22 août 1864, le Comité soumet ses résolutions aux représentants de seize états. La première convention de Genève (ANNEXE II) est signée par les douze puissances les plus importantes du monde occidental, qui s'engagent à protéger en temps de guerre tous les blessés, qu'ils soient alliés ou ennemis. Le droit humanitaire international et la Croix-Rouge étaient nés.

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

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

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

convention de Genève. Le 12 août 1949, la conférence de Genève propose 4 conventions intégrant notamment la notion de protection des femmes civiles en temps de guerre [6].

A ces conventions sont ajoutés deux protocoles relatifs à la protection des victimes des conflits armés, internationaux ou non. L'ensemble de ces conventions et protocoles forment le droit humanitaire classique.

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

Vient ensuite la guerre du Biafra, véritable génocide du XX^e siècle et l'une des plus épouvantables crises humanitaires de la deuxième moitié du XX^e siècle. Quelques médecins de la Croix-Rouge Française, réunis autour de Bernard Kouchner, décident de transgresser le serment prêté à la Croix-Rouge de « ... s'abstenir de toutes communications et de tous commentaires sur sa mission » et de témoigner à propos des atrocités qu'ils rencontrent. En décembre 1971 ils créent Médecins sans frontière (MSF) et auront sur le terrain le surnom de « French Doctors ». Ils n'ont qu'un objectif : porter secours aux victimes sans discrimination et sans prise en compte des frontières. Le devoir de secret de la Croix-Rouge est bouleversé par le devoir de témoignage de cette nouvelle organisation et une éthique humanitaire, fondée sur la Déclaration des droits de l'homme, voit le jour [7].

Avec l'accroissement des ravages dans la population civile lors des guerres, une morale de l'ingérence se forme. Le 8 décembre 1988, l'assemblée générale de l'ONU adopte une nouvelle résolution (43/131) qui « invite tous les Etats qui ont besoin d'une telle assistance à faciliter la mise en œuvre, par ces organisations de l'assistance humanitaire [...], pour lesquels un accès aux victimes est indispensable ». [8] Ce libre accès aux victimes de tous les conflits et catastrophes est une condition essentielle au bon déroulement de l'assistance des victimes.

M. Maietta, directeur de recherche à l'IRIS, spécialiste des questions de géopolitique du développement et des problématiques de la solidarité internationale publie en 2015 dans la Revue Internationale et Stratégique un dossier intitulé Origine et évolution des ONG dans le système humanitaire international [9]. Selon lui, par ce libre accès aux victimes de tous les conflits et catastrophes, les ONG œuvrant dans des secteurs ou zones géographiques où les gouvernements ne pouvaient accéder, sont devenues « indirectement un vecteur du libéralisme », ce qui leur a valu de nombreuses critiques.

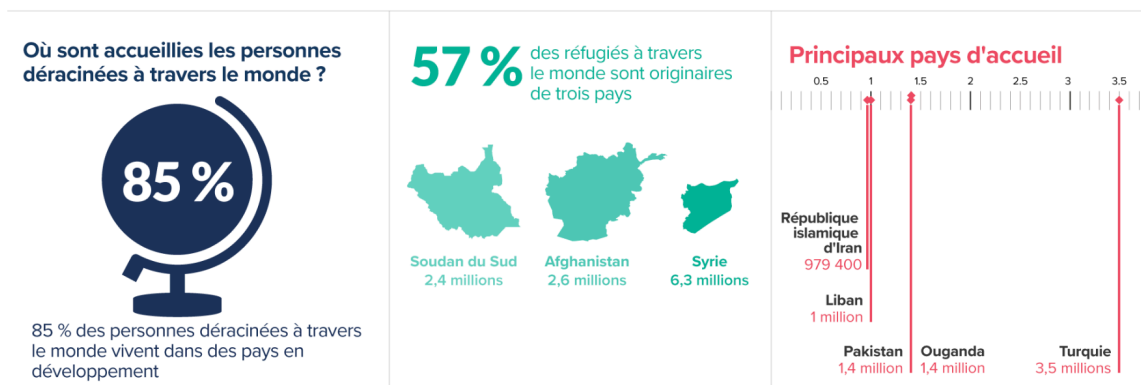
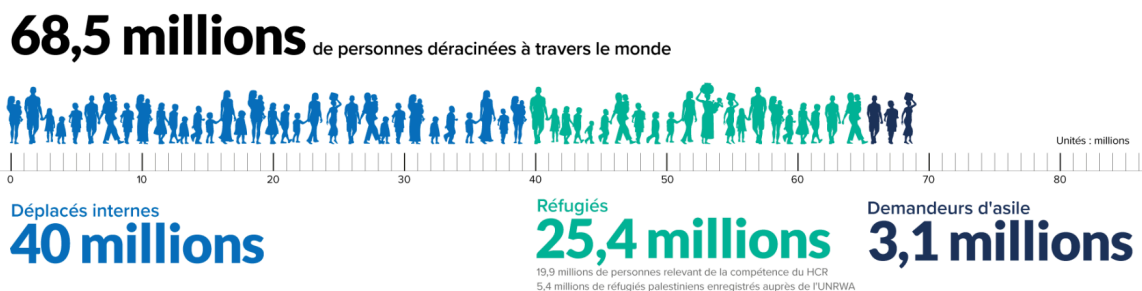
Suite au génocide au Rwanda en 1994 et aux défaillances du système humanitaire durant cet événement, des initiatives sont prises afin d'améliorer les standards de l'action humanitaire des ONG, amenant ainsi les ONG à se professionnaliser « avec la création d'un véritable modèle économique néolibéral, qui maximise les impacts et minimise les risques, notamment les risques sécuritaires ».

On assiste par la suite à une véritable explosion des violences à l'encontre des travailleurs humanitaires, pris pour « cible politique banalisée », ce qui amène les ONG à restreindre

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

B. L'humanitaire dans les camps ; réfugiés¹, migrants² ou demandeurs d'asile³

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



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

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

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

² « La « migration » suppose un processus volontaire, par exemple quelqu'un qui traverse une frontière à la recherche de meilleures perspectives économiques »

<http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/3/56f29941c/refugiés-migrants-questions-frequentes.html>

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

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

Une notion d'autant plus importante à prendre en compte est celle de « groupes vulnérables », constitués par les enfants de moins de cinq ans, les femmes et les personnes âgées. La sociologue Estelle Soudant-Delpechin nous rappelle que les femmes ont toujours participé aux phénomènes migratoires à l'échelle mondiale, que ce soit seule, en couple ou en famille [13].

Elle prend l'exemple des femmes migrantes dans le camp de Calais, « la jungle », avant son démantèlement en octobre 2016. Une vingtaine de nationalités y étaient dénombrées et des femmes vivaient, avec ou sans enfant, en attendant de pouvoir rejoindre l'Angleterre. En 2008, l'Insee, Institut National de la statistique et des études économiques, estime la population immigrée majoritairement féminine en France (51%) [14]. Certaines quittent le pays pour fuir un mariage forcé ou la violence, d'autres sont des pionnières qui devancent leur conjoint. Quel que soit le motif de départ, les routes de l'exil sont violentes et dangereuses. Comme le constate Smaïn Laacher, sociologue au Centre d'étude des mouvements sociaux [15], les violences physiques et sexuelles faites aux femmes sont très largement sous estimées. Ces violences se poursuivent dans les camps où les femmes sont continuellement sollicitées pour intégrer le système prostitutionnel et ne peuvent donc jamais baisser la garde. Les femmes seules sont soumises à deux autres problèmes majeurs dans les camps [16] : peu d'entre elles sont reconnues comme chef de famille, ce qui entraîne une grande difficulté lors des distributions et les enfants en bas âge sont un handicap certain pour l'accès au centre nutritionnel, à la distribution des vivres ou encore pour chercher du travail.

Malheureusement, la violence ne s'arrête pas avec le démantèlement des camps : d'après le rapport d'exécution du projet CAMINOR de l'association Gynécologie Sans Frontières (GSF), « Les femmes sont davantage exposées aux agressions sexuelles lors des démantèlements, comme nous l'avons constaté par une recrudescence de violences faites aux femmes. Les témoignages de violences sexuelles ont été plus nombreux et les demandes d'IVG en urgence multipliées. » [17].

C. Zoom sur le cas de Calais

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

zone au nord-est de Calais surnommée la « Jungle ». Xavier Briké, anthropologue, dans son article Calais : une étape dans l'exil, résume la situation depuis la fermeture de ce centre : « Depuis lors, les campements et les squats se sont faits et défaits au gré des expulsions policières » [18].

Brice Arsène Mankou, sociologue, a mené une enquête en 2012 à Calais auprès des migrants afin de connaître leur âge, leur pays d'origine et les raisons pour lesquelles ils sont partis de leur pays [19]. Selon cette étude, la plupart des migrants à Calais sont d'origine Afghane, Kurde, Irakienne, Iranienne ou encore Soudanaise ou Somalienne et auraient quitté leurs pays pour échapper à la guerre, à la misère, aux persécutions politiques ou à l'enrôlement dans les milices.

Les associations qui défendent les populations immigrées sont nombreuses dans la région des Hauts de France et leurs situations géographiques évoluent en fonction des lieux d'installations des populations étrangères.

La ville de Calais, à l'origine zone de passage pour rejoindre l'Angleterre, est devenue une « zone de stockage » des migrants.

En effet, le refus de l'Angleterre d'entrer dans l'espace « Schengen », les accords du Touquet du 4 février 2003, les opérations de sécurisation du port et de la zone Eurotunnel ainsi que les effectifs augmentés d'agents mobilisés aux frontières chaque jour rendent le passage de la frontière toujours plus compliqué, donnant à Calais « le rôle de garde-barrière » comme le dit la sociologue Mathilde Pette [20].

Ainsi, le nombre d'exilés présents dans les environs de Calais augmente sans cesse et les « durées de séjour » se rallongent progressivement, ce qui ne fait qu'augmenter le travail des associations présentes, qui deviennent alors indispensables à la survie des populations. Avec la recrudescence des contrôles policiers, elles assistent à la dispersion progressive des migrants et ont dû peu à peu s'éloigner de Calais ; la présence importante des forces de l'ordre et la gestion des migrants présents sur le territoire contribue à la modification de la structure et de la localisation du milieu associatif.

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

Hormis Calais, la population migrante s'installe donc dans les villes alentours, notamment à Grande-Synthe, avec le camp du Basroch qui voit sa population passer de 250 à environ 2 500-3 000 personnes entre août et décembre 2015 : les migrants « sont des Kurdes venus de Syrie, d'Irak, d'Iran... » [22].

Depuis fin 2015, les ONG Médecins Sans Frontières (MSF) et Gynécologie Sans Frontières (GSF), œuvrent dans les différents camps, de la région, leur projet étant d'offrir des soins médicaux et de santé mentale aux populations.

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

II. L'engagement humanitaire

A. Les ONG

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

On différencie classiquement deux catégories de missions [26] :

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

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

B. Les volontaires

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

Il existe un « facteur de congruence » par lequel les bénévoles peuvent éprouver un sentiment d'utilité vis-à-vis de la société et s'impliquer auprès des populations. On retrouve souvent une sensibilité à la pauvreté chez les volontaires. Ce facteur est à mettre en parallèle avec la notion d'engagement intéressé évoquée par un sociologue français, Serge Paugam, dans le rapport de la MIRE de 1997 intitulé Produire les solidarités, La part des associations [28]. Il décrit le fait que pour certaines personnes, l'engagement ne relève pas de valeurs humanistes mais d'un don pour soi, une occasion de trouver une occupation utile. Ce besoin de reconnaissance peut s'inscrire dans un contexte de rupture biographique ou de remise en cause identitaire. La deuxième composante est le « facteur de confiance » que les individus recherchent dans une organisation ; le sentiment que l'association est bien gérée et reconnue au niveau local pour son action est important.

Le troisième et dernier point qui pousse les volontaires à s'engager auprès d'une association humanitaire est le « facteur de conscience ». Serge Paugam parle d'un engagement éthique ; l'engagement relève d'un don de soi naturel, presque un devoir moral. Il intègre la notion d'héritage révélé par une éducation judéo-chrétienne ou les expériences de solidarités vécues depuis l'enfance. Les bénévoles investissent dans leur pratique humanitaire des ressources morales qui ne leur ont pas été inculquées mais dont ils se sont imprégnés en grandissant.

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

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

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

Tout ceci est tout de même à nuancer. Le sociologue Jacques Ion [32] déclare qu'il y a un changement de paradigme dans l'engagement depuis quelques décennies : la figure de l'engagement majoritairement masculin, de gauche, sur le mode du don de soi a laissé la place à des engagement de moins longue durée qui permettent de diversifier les projets et de ne pas abandonner toute vie familiale. L'individu contemporain se trouve de moins en moins défini par ses statuts et appartenances du fait de la mobilité tant professionnelle que géographique à laquelle il est soumis. Ainsi, il se voit contraint d'engager un processus de définition de sa propre identité.

De plus, au début des années 1990, Douglas McAdam, professeur de sociologie à l'université de Stanford, aux États-Unis, développe le « modèle d'engagement processuel » qui envisage l'écart entre déterminants sociaux traditionnels et engagement ou non des personnes prédisposées pour comprendre le recrutement différentiel [33]. En effet, comment expliquer que certaines personnes aux mêmes caractéristiques et se trouvant dans des situations similaires ne s'engagent pas forcément dans la même voie ? Le modèle de McAdam tient compte du rôle que joue les liens sociaux pour l'expliquer. Comme le dit Jeremy Ward « Douglas McAdam, comme Jacques Ion en France, propose donc une vision des mouvements sociaux comme lieux privilégiés de construction et de perpétuation de l'identité des individus ».

III. L'impact des missions

La publication scientifique est peu abondante sur le profil des sages-femmes humanitaires, sur le vécu de leurs missions. Néanmoins, au cours des dix dernières années, plusieurs étudiants sages-femmes ont réalisé des mémoires à propos de l'impact des missions humanitaires sur la pratique des sages-femmes. Parmi eux, Éloïse Lanterne [34] et Mélanie Moreau [35] en 2016, ayant respectivement étudié la pratique professionnelle des sages-femmes au retour d'une ou plusieurs missions humanitaires et le vécu des sages-femmes entre missions humanitaires dans les pays en voie de développement de la région africaine et les maternités françaises, ainsi qu'Anne-Laure Renais [36] en 2013 qui s'est intéressé à l'évolution des prises en charge au retour de France.

Pour ces mémoires, la population inclut des sages-femmes ayant réalisé une ou plusieurs missions, quel que soit le type de mission, sur des durées variables, allant de quelques jours à plusieurs années.

Les résultats sont surtout descriptifs, faute d'échantillons suffisants, mais intéressants.

A. Au niveau relationnel

D'après l'étude d'Éloïse Lanterne, les expériences humanitaires ont plutôt des effets bénéfiques pour les sages-femmes interrogées (« 77 sages-femmes sur 96 le ressentent ainsi »).

La majorité des sages-femmes disent avoir modifié leur relation avec les patientes : que ce soit dans le mémoire d'E. Lanterne ou dans celui d'A-L Renais une amélioration de la confiance en soi et de l'autonomie est retrouvée, avec notamment une meilleure gestion de l'urgence et des priorités, ainsi qu'une évolution de l'empathie envers les patientes, les sages-femmes se sentant plus tolérantes et à l'écoute de leurs patientes. Le développement de l'empathie et l'amélioration de la relation de confiance s'accompagnent d'une amélioration quant à la prise en charge de patientes étrangères d'après les études avec par exemple une gestion de la barrière linguistique ou une meilleure tolérance par rapport à la différence de culture.

Concernant le suivi du travail, elles se disent beaucoup plus à l'aise au niveau de l'accompagnement de la douleur des patientes sans anesthésie péridurale puisqu'elle est souvent inexistante pendant les missions.

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

B. Sur les pratiques professionnelles

Dans les apports personnels identifiés, les anciens volontaires de Solidarité Internationale citent, à 87%, le renforcement de leurs capacités d'adaptation. Concernant les aptitudes et compétences professionnelles, les sages-femmes sont nombreuses à avoir ressenti une amélioration, notamment concernant le sens clinique : les entretiens réalisés par Anne-Laure Renais [36] mentionne le développement du toucher et de la palpation pour les examens du bassin et les diagnostics de présentations fœtales.

Elles ont aussi cité une augmentation de leur attention sur les paramètres cliniques des femmes avec par exemple une attention plus particulière aux hauteurs utérines ou encore une prise de recul devant les résultats de bilans. L'étude d'E. Lanterne compte 25% de sages-femmes ayant ressenti une modification par rapport à la prescription d'examens paracliniques, 88% les ayant diminués.

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

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

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

MCours.com