

Faculté de Médecine
Ecole de Sages-Femmes

Diplôme d'Etat de Sage-femme

2015-2016

La pratique professionnelle des sages-femmes au retour d'une ou plusieurs missions humanitaires

Présenté et soutenu publiquement le 9 mai 2016

Par

Eloïse LANTERNE

Directrice : Patricia VINATIER

Guidant(e)s : Vincent FOURGEAUD,

Karine BOMPARD-GRANGER, Agnès BARAILLE



Table des matières

Première partie : INTRODUCTION.....	4
Deuxième partie : MATERIEL ET METHODE.....	9
1. Population étudiée.....	10
1.1. Population cible.....	10
1.2. Critères d'inclusion.....	10
1.3. Critères d'exclusion.....	10
1.4. La méthode de recrutement de la population.....	10
2. Type d'étude et méthodologie.....	11
2.1. Type d'étude et nombre de sujets nécessaires.....	11
2.2. Mode de recueil de données.....	11
2.3. Les variables étudiées.....	11
3. Analyse statistique.....	12
Troisième partie : RESULTATS.....	14
1. Retour des questionnaires.....	15
2. Description de la population étudiée.....	15
2.1. Age.....	15
2.2. Année d'obtention du diplôme d'Etat (DE).....	15
2.3. Sexe.....	16
2.4. Situation au premier départ.....	16
2.5. Missions humanitaires réalisées.....	18
2.6. Situation au retour de missions humanitaires.....	19
3. Evaluation des liens entre les missions humanitaires et la pratique professionnelle.....	20
3.1. La relation aux patientes.....	20
3.2. Les aptitudes professionnelles.....	21
3.3. Les compétences professionnelles.....	22
3.4. La prise en charge globale.....	23
3.5. Analyse du score global.....	24
3.6. Prise en charge globale et temps de mission.....	25
3.7. Difficultés d'adaptation au retour pour les sages-femmes.....	25
3.8. Durée d'exercice avant le départ et difficultés d'adaptation.....	26
3.9. Caractéristiques communes aux sages-femmes ayant déclaré leur pratique professionnelle limitée au retour de missions humanitaires.....	26
Quatrième partie : ANALYSE et DISCUSSION.....	27
1. Points forts et limites de l'étude.....	28
1.1. Les limites.....	28
1.2. Les points forts.....	28
2. Quel était le profil type des sages-femmes concernées par notre étude.....	29
3. Bénéfices et inconvénients ressentis par les sages-femmes au retour de missions humanitaire.....	30
3.1. Effets sur la relation aux patientes.....	31

3.2. Effets sur les aptitudes professionnelles	32
3.3. Effets sur les compétences professionnelles	34
3.4. Effets sur la prise en charge globale des patientes	35
3.5. Ressenti des sages-femmes selon le temps cumulé des missions humanitaires	36
3.6. Adaptation des sages-femmes exerçant en libéral ou en hôpital de type 1 au retour	36
3.7. Caractéristiques communes.....	37
4. Analyses des données supplémentaires	37
5. Préconisations	38
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	43
1. Questionnaire	44
2. Les difficultés d'adaptation	50

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Première partie : INTRODUCTION



Le métier de sage-femme présente de multiples possibilités d'exercice (consultations, salle de naissance, libéral...) ; la participation à des missions humanitaires n'est pas l'exercice le plus fréquent, ni le plus connu. Pourtant, nous allons voir que ces expériences sont très enrichissantes pour l'exercice professionnel d'une sage-femme.

Rony Brauman, médecin et ancien président de Médecin Sans Frontière (MSF), distingue deux situations : les situations « d'exceptions » et les situations « ordinaires ». [1]

Les situations d'exceptions comprennent les conflits armés, les catastrophes naturelles, les épidémies. Les situations ordinaires sont, dans de nombreux pays du tiers monde, la précarité rurale ou urbaine. Ainsi, nous distinguons différents modes d'intervention : le secours d'urgence, la réhabilitation et le développement. [2] [3] [4]

Les missions d'urgence consistent à apporter une aide sur le plan humain et logistique (vivres, moyens) aux populations touchées. Elles sont suivies de missions de réhabilitation qui vont avoir pour but de participer à la reconstruction du pays par exemple. Les missions de développement sont sur du long terme. Elles ont plusieurs centres d'actions. Ce peut être autour de la santé, des droits de l'homme, de l'éducation. [5] [6] [7]

La sage-femme peut exercer différentes fonctions lors des missions. Si dans la plupart des cas elle conserve son statut de sage-femme et exerce son métier dans des conditions très précaires, elle peut aussi souvent gérer des équipes ou superviser des services. [8] Parfois, elle a une fonction d'enseignement auprès des équipes locales. [9]

De façon exhaustive sur les 10 dernières années, cinq étudiantes sages-femmes ont réalisé des mémoires sur un sujet semblable : l'impact des missions humanitaires sur la pratique des sages-femmes à leur retour en France.

Pour les cinq mémoires, la population inclut des sages-femmes ayant réalisé une ou plusieurs missions humanitaires, peu importe le type de mission réalisée, la fonction des sages-femmes pendant celle-ci, ou l'organisme de départ.

En raison d'échantillons insuffisants, les résultats sont seulement descriptifs, mais néanmoins intéressants :

Trois mémoires sur quatre retrouvent une amélioration du sens clinique (de 50% à 70%).

Les entretiens réalisés par Jenny PUJOL LATOUR et Anne-Laure RENAI, ont permis aux sages-femmes d'évoquer en quoi leur sens clinique s'est développé : « amélioration du sens clinique versant obstétrical par le développement du toucher, de la palpation, notamment pour les examens du bassin, les diagnostics de présentations fœtales ou des variétés ». [10] [11]

Dans quatre mémoires, les modifications des aptitudes professionnelles sont analysées : elles sont améliorées pour plus de la moitié des sages-femmes dans trois études sur quatre.

La confiance en soi est l'aptitude professionnelle, parmi de nombreuses autres, qui semble la plus développée par les sages-femmes Elle est améliorée par exemple à 75% selon le mémoire de Carine GACHEN et 71% selon le mémoire d'Aurore FORTEL. [12] [13]

Nous ne pouvons pas statuer statistiquement sur la modification de la prise en charge des patientes, mais il semble y avoir une tendance à la diminution de l'emploi de médicaments. Les questionnaires utilisés ne nous permettent pas de connaître la nature et les modalités de prescription des médicaments concernés.

La modification de la prise en charge des patientes ne repose, dans ces travaux, que sur la question de la médication et des examens complémentaires de manière générale.

Au niveau des relations avec les patientes, ces mémoires montrent que les sages-femmes réagissent différemment auprès des patientes après une mission. Elles relatent soit une amélioration de la relation patient-soignant (relation de confiance facilitée, meilleure écoute), soit des difficultés (intolérance des plaintes jugées dérisoires par exemple). Les mémoires de Carine GACHEN et Nadia OUAHBA sont en accord pour dire que davantage de sages-femmes ont amélioré leur relation avec les patientes par rapport à celles qui ont éprouvé des difficultés. Le travail d'Aurore FORTEL n'est pas en accord avec ce constat mais sa population étudiée est moins importante. [12] [14] [13]

Deux mémoires ont cherché à comparer l'impact de la mission selon la durée de celle-ci (Corine GACHEN et Aurore FORTEL).

Ces deux travaux sont en accord pour dire :

- qu'une durée de mission plus longue (> 1 an) va favoriser l'amélioration des aptitudes professionnelles et le sens clinique.
- que les sages-femmes ayant effectué des missions plus courtes (< 1 an) ont plus de difficultés dans leurs rapports avec les patientes à leur retour.

Pour ce qui est des difficultés éprouvées par les sages-femmes lors du retour, il y a divergence entre les deux mémoires. D'après Corine GACHEN les sages-femmes ayant réalisé des missions de longues durées ont plus de difficultés que les autres, alors qu'Aurore FORTEL exprime le contraire. [12] [13]

Au vue de ces résultats et dans un projet de m'engager personnellement plus tard dans une telle expérience, j'ai naturellement orienté le sujet de mon mémoire vers le thème des missions humanitaires, en cherchant à évaluer les effets bénéfiques et limitants, énoncés par les sages-femmes, d'une ou plusieurs expériences humanitaires sur leur pratique professionnelle.

L'intérêt de cette étude est de développer une base de réflexions à destination des étudiants sages-femmes mais aussi des professionnels intéressés par le sujet.

Pour atteindre notre objectif nous posons différentes hypothèses : nous supposons que la majorité des sages-femmes ayant réalisé une ou plusieurs missions humanitaires déclarent que ces expériences ont plus d'effets bénéfiques que limitants sur leur pratique professionnelle à leur retour.

Nous avançons aussi que la majorité des sages-femmes ayant réalisé une ou plusieurs missions humanitaires d'un temps cumulé supérieur à 6 mois déclarent avoir amélioré leur prise en charge globale des patientes.

De part la grande différence d'exercice en France métropolitaine et en humanitaire, nous chercherons également à analyser les difficultés d'adaptation professionnelles que peuvent rencontrer les sages-femmes concernées lors de leur retour en France. [15] Nous

supposons ainsi que la majorité des sages-femmes ayant exercé en secteur libéral ou dans un centre hospitalier de type 1 au retour de leur expérience humanitaire déclarent ne pas avoir eu de difficultés d'adaptation professionnelle.

Enfin, nous supposons que les sages-femmes déclarant avoir eu des effets réducteurs sur leur pratique professionnelle après une ou plusieurs expériences humanitaires ont des caractéristiques communes.

Dans une première partie de notre mémoire, nous allons présenter les sages-femmes interrogées, ainsi que le type d'étude réalisée et sa méthodologie. Ensuite nous présenterons les résultats de notre étude, puis dans un dernier temps, nous analyserons le travail réalisé.

Deuxième partie : MATERIEL ET METHODE



1. Population étudiée

1.1. Population cible

Les sages-femmes françaises ayant participé à une ou plusieurs missions humanitaires.

1.2. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude :

- Les sages-femmes ayant exercé en France métropolitaine pendant une durée supérieure ou égale à un an avant le premier départ en mission.
- Les sages-femmes ayant travaillé en France métropolitaine à leur retour pendant une durée supérieure ou égale à 6 mois.

1.3. Critères d'exclusion

Ont été exclues de l'étude :

- Les sages-femmes n'ayant pas exercé le versant médical du métier de sage-femme lors de leur unique ou de l'ensemble de leurs missions humanitaires.
- Les sages-femmes dont le retour de leur dernière mission humanitaire date de plus de 10 ans.

1.4. La méthode de recrutement de la population

Le recrutement de la population s'est effectué tout d'abord par le contact d'ONG et d'associations, le réseau de connaissances professionnelles de ma directrice et de mon guidant de mémoire (contact par mail et/ou téléphone). Ce sont les ordres départementaux des sages-femmes qui ont permis le plus d'inclusions par la diffusion de l'adresse électronique du questionnaire en ligne à leur liste des inscrites. L'appel téléphonique auprès des cadres des différentes maternités de France a contribué à compléter le recrutement.

2. Type d'étude et méthodologie

2.1. Type d'étude et nombre de sujets nécessaires

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

Le nombre de sujets nécessaires, avec un risque d'erreur à 5%, une précision de 10% et en prévoyant 10% de questionnaires non exploitables, était de 97.

2.2. Mode de recueil de données

L'outil de recueil de données était un questionnaire (Annexe I). Il était composé de questions à choix multiples, de questions ouvertes et de questions fermées.

Le questionnaire a été rempli directement en ligne ou sur papier puis renvoyé par courrier, grâce à l'enveloppe de retour affranchie jointe à celui-ci.

Le recrutement de la population et l'envoi des questionnaires ont été effectués de février 2015 à août 2015.

2.3. Les variables étudiées

Les variables permettant de décrire la population étudiée ainsi que leur profil au moment de la décision de départ et au retour sont :

- Des variables quantitatives : l'âge de la sage-femme, l'année d'obtention de son diplôme d'état, la durée d'exercice et l'âge avant le premier départ, le nombre de missions humanitaires réalisées et leur durée
- Des variables qualitatives nominales : le lieu d'exercice lors du premier départ et au retour, le secteur d'activité où la sage-femme salariée exerce majoritairement et sa situation familiale lors du premier départ et au retour, son genre, ses difficultés d'adaptation

Nous avons recherché la présence ou l'absence de modification de différents éléments de la pratique professionnelle des sages-femmes pour traiter notre hypothèse principale en réalisant un score des effets des missions humanitaires (de -4 à +4) :

- la relation aux patientes (présence de difficultés, amélioration de la relation de confiance, développement de l'empathie) notée de -1 à +1. Un score égal à -1

signifiait un effet limitant, un score égal à 0 correspondait à l'absence de modification et un score égal à +1 représentait un effet bénéfique.

- les aptitudes professionnelles (rigueur, efficacité, autonomie, confiance en soi, dextérité) notées de -1 à +1,
- les compétences professionnelles (sens clinique, gestion de l'urgence, pratique de manœuvres obstétricales, réanimation du nouveau-né) notées de -1 à +1,
- la prise en charge globale des patientes (par rapport aux examens para-clinique, à la gestion du travail pour des patientes avec anesthésie péridurales (APD) ou au contraire sans) notée de -1 à +1.

Si le score global était positif, l'expérience humanitaire a été considérée comme plus bénéfique que limitante pour la sage-femme ; dans le cas inverse le score était négatif. Si une sage-femme n'a pas ressenti de modification, son score était alors égal à zéro.

Nous avons aussi établi un score concernant les difficultés d'adaptation (0 à +1), comprenant les difficultés par rapport aux patientes, au système de santé français et aux relations aux autres professionnels de santé. Un score égal à 0 correspondait à l'absence de difficultés et un score égal à 1 à la présence de difficultés.

3. Analyse statistique

Les données recueillies ont été codifiées sur le logiciel EXCEL®. Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATVIEW®.

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart-type, minimum, maximum et médiane, ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages.

La vérification des normalités des distributions des variables quantitatives a été réalisée par la méthode de Shapiro-Wilk.

La distribution de variables quantitatives a été comparée par des tests du Chi-2 ou des tests de Fisher en fonction des conditions d'application des tests.

Les distributions des variables quantitatives ont été comparées par des tests non paramétriques de Man et Whitney pour séries non appariées.

La recherche de corrélations entre variables quantitatives a été réalisée par des tests non-paramétriques de Spearman en raison de l'absence de normalité pour ces variables quantitatives. Une régression linéaire a ensuite été utilisée pour étudier la liaison entre ces 2 variables quantitatives

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

Troisième partie : RESULTATS



1. Retour des questionnaires

Nous n'avons pas pu établir le nombre de questionnaires envoyés de par leur diffusion par de multiples listes (ONG, ordres départementaux) qui ne nous ont pas été communiquées.

Nous avons eu 106 réponses au questionnaire, avec 96 questionnaires exploitables, soit 90,5% de questionnaires exploitables.

2. Description de la population étudiée

2.1. Age

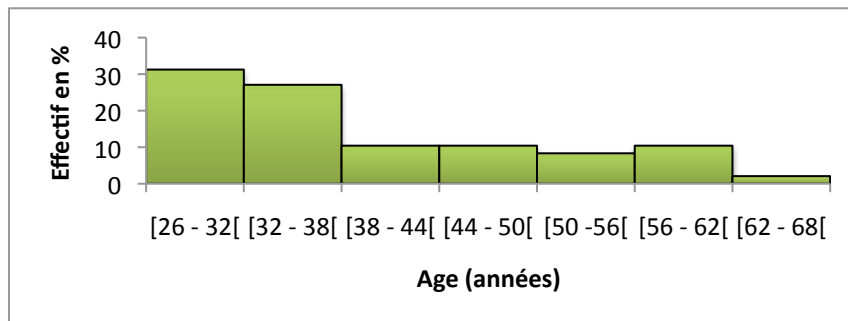


Figure 1 - Distribution de l'âge des sages-femmes

Les sages-femmes avaient entre 26 ans et 68 ans, avec une moyenne d'âge de 39 ans.

En proportion cumulée, 58,3% des sages-femmes ont entre 26 et 38 ans.

2.2. Année d'obtention du diplôme d'Etat (DE)

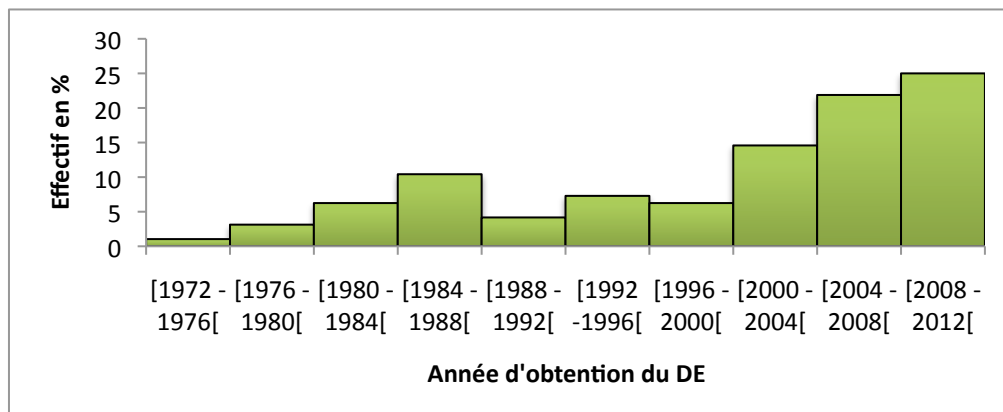


Figure 2 - Distribution de l'année d'obtention du DE

Les sages-femmes avaient obtenu leur DE entre 1972 et 2012. En proportion cumulée, 61,5% ont obtenu leur diplôme entre 2000 et 2012.

2.3. Sexe

Les 96 sages-femmes ayant participé à l'étude sont de sexe féminin.

2.4. Situation au premier départ

Tableau I - Distribution de l'âge des sages-femmes au premier départ en mission humanitaire

Age	Effectif	Proportion (%)
[23-26[	18	18,75
[26-29[	33	34,38
[29-32[	11	11,46
[32-35[	7	7,29
[35-38[	5	5,21
[38-41[	3	3,13
[41-44[	3	3,13
[44-47[	5	5,21
[47-50[	2	2,08
[50-53[	4	4,17
[53-56[	5	5,21
TOTAL	96	100

Tableau II - Situation familiale des sages-femmes au premier départ

Situation familiale	Effectif	Proportion (%)
Célibataire	47	48,96
Célibataire avec enfant(s)	4	4,17
En couple	31	32,29
En couple avec enfant(s)	14	14,58
TOTAL	96	100,00

Lors du premier départ en mission humanitaire, les sages-femmes avaient entre 23 et 56 ans. La proportion cumulée montre que 64,6% des sages-femmes avaient entre 23 et 32 ans.

La moitié des sages-femmes étaient célibataires au moment de leur premier départ en mission humanitaire.

En proportion cumulée, 18,75% des sages-femmes avaient un ou plusieurs enfant(s) au moment de leur premier départ.

Tableau III - Distribution du temps d'exercice en année avant le premier départ des sages-femmes en humanitaire

Temps d'exercice (année)	Effectif	Proportion (%)
[1-4[	38	39,58
[4-7[	25	26,04
[7-10[	4	4,17
[10-13[	7	7,29
[13-16[	2	2,08
[16-19[	2	2,08
[19-22[	3	3,13
[22-25[	6	6,25
[25 - 28[	3	3,13
[28-31[	6	6,25
TOTAL	96	100

En proportion cumulée, 65,62% des sages-femmes avaient moins de 6 ans et demi de durée d'exercice avant le premier départ.

Tableau IV - Lieux d'exercices des sages-femmes au moment de leur premier départ en mission humanitaire

Lieu d'exercice	Nombre	Pourcentage
En clinique type 1	1	1,04
En hôpital type 1	22	22,92
En hôpital type 2	34	35,42
En hôpital type 3	21	21,88
En secteur libéral	5	5,21
Poly activité	9	9,38
PMI	2	2,08
Chômage	1	1,04
PAS REPONDU	1	1,04
TOTAL	96	100,00

Les sages-femmes travaillaient pour 80,2% en hôpital avant leur premier départ, dont 35,4% en hôpital de type 2.

Tableau V - Secteur d'activité des sages-femmes salariées au moment du départ en mission
humanitaire

Secteur d'activité	Nombre	Pourcentage
Aide médicale à la procréation	1	1,16
Cadre supérieur	1	1,16
Consultation d'échographie	1	1,16
Consultations	3	3,49
Grossesses pathologiques	4	4,65
Salle de naissances	63	73,26
Suites de couches	4	4,65
Salle de naissances, suites de couches	3	3,49
Salle de naissances, suites de couches, consultations	1	1,16
Salle de naissances, suites de couches, grossesses pathologiques	3	3,49
Salle de naissances, suites de couches, grossesses pathologiques, consultations	2	2,33
TOTAL	86	100,00

Les sages-femmes travaillaient avant leur départ dans sept secteurs différents, dont la salle de naissance pour 73,3% d'entre-elles.

2.5. Missions humanitaires réalisées

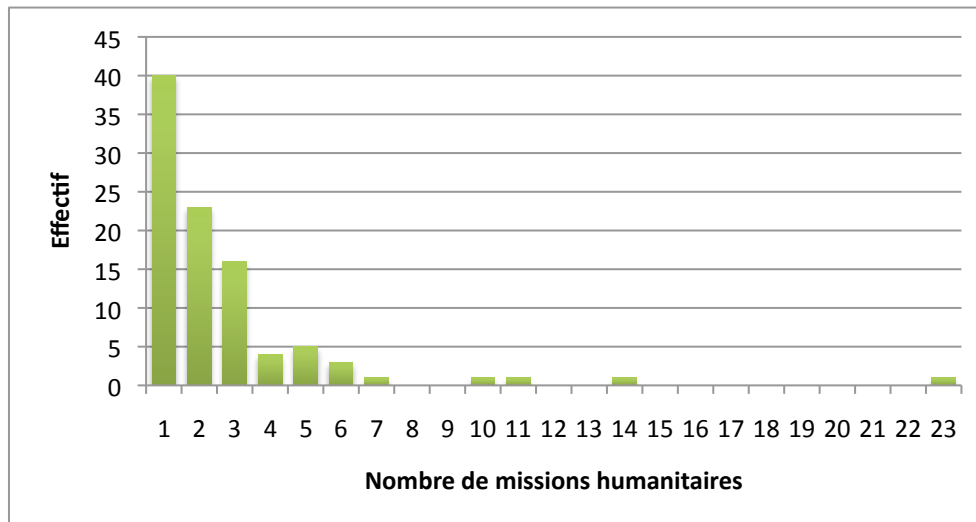


Figure 3 - Distribution de l'effectif des sages-femmes selon leurs nombre de missions humanitaires
réalisées

79 sur 96 sages-femmes avaient réalisé entre 1 et 3 missions humanitaires, soit une proportion cumulée de 82,3%.

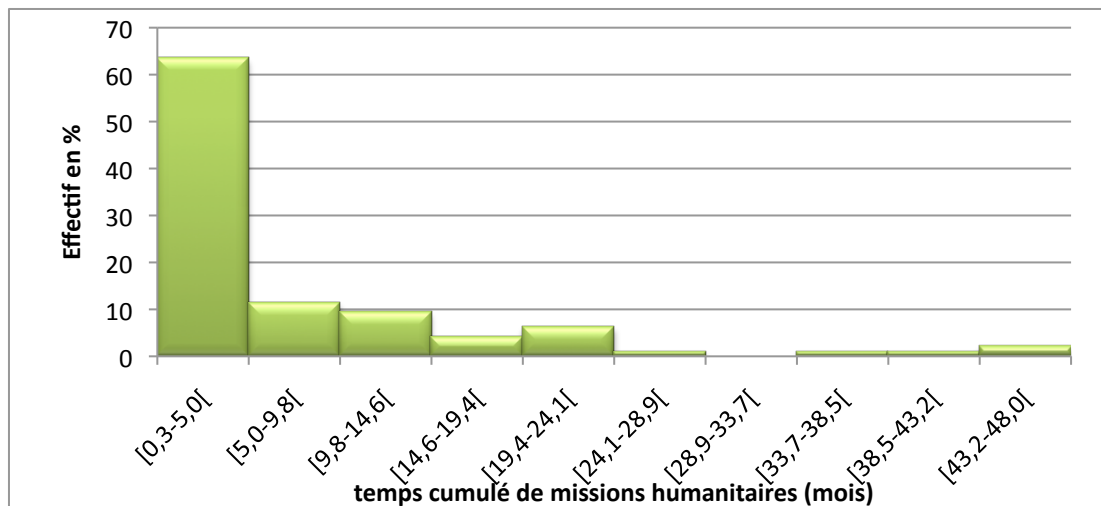


Figure 4 - Temps cumulé des missions humanitaires en mois des sages-femmes

En proportion cumulée, 75% des sages-femmes avaient un temps cumulé de missions humanitaires inférieur à 9,8 mois et 25% un temps cumulé supérieur à 9,8 mois.

2.6. Situation au retour de missions humanitaires

Au retour de missions humanitaires, 72% des sages-femmes n'ont pas modifié leur lieu d'exercice, et 28% ont changé de lieu de travail.

Tableau VI – Nouveaux lieux d'exercices au retour de mission humanitaire

Lieu d'exercice	Nombre	Pourcentage
En clinique type 2	1	3,44
En hôpital type 1	7	24,14
En hôpital type 2	6	20,69
En hôpital type 3	3	10,35
En secteur libéral	6	20,69
PMI	3	10,35
En retraite	2	6,9
Reprise des études de médecine	1	3,44
TOTAL	29	100

55% des sages-femmes, ayant modifié leur lieu d'exercice, exerçaient en secteur hospitalier au retour.

Tableau VII - Situation familiale actuelle

Situation familiale	Effectif	Proportion (%)
Célibataire	22	22,92
Célibataire avec enfant(s)	3	3,12
En couple	29	30,21
En couple avec enfant(s)	42	43,75
TOTAL	96	100

La situation familiale actuelle a évolué depuis leur premier départ en mission humanitaire, avec 73,96 % des sages-femmes en couple, avec ou sans enfant.

3. Evaluation des liens entre les missions humanitaires et la pratique professionnelle

Nous avons réalisé un score des effets des missions humanitaires (de -4 à +4). Il est le résultat de quatre items :

3.1. La relation aux patientes

Tableau VIII - Score de la modification de la relation aux patientes

relation aux patientes	Effectif	Pourcentage
Effet limitant : -1	27	28,10%
Pas d'effet : 0	45	46,90%
Effet bénéfique : +1	24	25%
Total	96	100%

28,10% des sages-femmes ont déclaré un effet limitant des missions humanitaires sur la relation avec les patientes, 25% un effet bénéfique et 46,90% une absence de modification.

Tableau IX - La relation aux patientes

Critère étudié	amélioration	développement	difficultés de compréhension quant
Changement	relation confiance	empathie	à certaines de leurs exigences
oui	64,6%	61,5%	38,5%
non	35,4%	38,5%	61,5%
Total	100%	100%	100%

Pour compléter nos informations, les sages-femmes qui ont amélioré leurs relations aux patientes ont ressenti une amélioration de la relation de confiance dans 64,6% des cas et un développement de l'empathie pour 61,5%.

3.2. Les aptitudes professionnelles

Tableau X - Score de l'aptitude professionnelle

Aptitude professionnelle	Nombre	Pourcentage
Effet limitant : -1	1	1,0
Pas d'effet : 0	28	29,2
Effet bénéfique : +1	67	69,8
Total	96	100

Concernant les aptitudes professionnelles, 69,8% des sages-femmes ont ressenti un effet bénéfique, 29,2% n'ont pas eu de modifications et une sage-femme a ressenti des effets limitants sur sa pratique professionnelle.

Tableau XI – Amélioration de l'aptitude professionnelle

Améliorée	Aptitudes				
	Rigueur	Efficacité	Autonomie	Confiance en soi	Dextérité
oui	8,2%	30,1%	72,6%	80,8%	26,0%
non	91,8%	69,9%	27,4%	19,2%	74,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

L'autonomie et la confiance en soi sont les deux aptitudes professionnelles les plus améliorées par les missions humanitaires.

Tableau XII - Aptitude professionnelle limitée

Limitée	Aptitudes				
	Rigueur	Efficacité	Autonomie	Confiance en soi	Dextérité
oui	26,0%	4,1%	4,1%	2,7%	6,8%
non	74,0%	95,9%	95,9%	97,3%	93,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Peu d'aptitudes étaient limitées au retour de missions humanitaires d'après les sages-femmes, hormis la rigueur qui l'était pour 26% d'entre-elles.

3.3. Les compétences professionnelles

Tableau XIII - Score des compétences professionnelles

compétences professionnelles	Nombre	Pourcentage
Effet limitant : -1	1	1,0
Pas d'effet : 0	33	34,4
Effet bénéfique : +1	62	64,6
Total	96	100

34% sages-femmes n'ont pas ressenti de modifications de leurs compétences professionnelles, 65% ont ressenti une amélioration et une sage-femme a ressenti un effet limitant.

Tableau XIV - Amélioration des compétences professionnelles

Compétences Améliorée	sens clinique	gestion de l'urgence	manœuvres obstétricales	rapidité diagnostic de présentation	réanimation du NN
oui	86,1%	52,8%	36,1%	19,4%	23,9%
non	13,9%	47,2%	63,9%	80,6%	76,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Les sages-femmes sont nombreuses à avoir ressenti une amélioration de leurs compétences professionnelles, notamment concernant le sens clinique à 86%, et la gestion de l'urgence pour 53% d'entre-elles.

Tableau XV - Compétences professionnelles limitées

Compétences Limitée	sens clinique	gestion de l'urgence	manœuvres obstétricales	rapidité diagnostic de présentation	réanimation du NN
oui	0%	4,2%	9,7%	5,6%	20,8%
non	100%	95,8%	90,3%	94,4%	79,2%
Total	100%	100%	100,0%	100%	100%

Les limites ressenties concernent principalement la réanimation du nouveau-né pour 20,8% d'entre-elles.

3.4. La prise en charge globale

Tableau XVI - Score d'amélioration de la prise en charge globale

Prise en charge globale	Nombre	Pourcentage
Pas d'effet : 0	42	43,8
Effet bénéfique : +1	54	56,3
Total	96	100

L'amélioration de la prise en charge globale des patientes concernait 56% des sages-femmes parties en missions humanitaires. Elle intégrait la prescription d'examens para-cliniques et la prise en charge des femmes avec et sans APD.

Tableau XVII – La prescription d'examens para-cliniques

Changement	Nombre d'examens para-cliniques	
	Diminution	Augmentation
oui	88%	0%
non	12%	100%
Total	100%	100%

25% des sages-femmes ont ressenti une modification concernant la prescription d'examens para-cliniques. 88% d'entre-elles les ont diminués.

Un peu plus de 25% des sages-femmes ont amélioré leur prise en charge sous APD.

Tableau XVIII - Prise en charge des patientes avec APD

Amélioration	Avec APD		
	différentes positions après la pose d'APD favorisées	mobilité favorisée avant la pose d'APD	monitorage discontinu favorisé avant la pose d'APD
oui	61,5%	73,1%	65,4%
non	38,5%	26,9%	34,6%
Total	100%	100%	100%

73,1% des sages-femmes ressentant une amélioration de la prise en charge des femmes avec APD ont favorisé la mobilité avant la pose d'APD. 61,5% d'entre-elles ont favorisé les différentes positions après la pose d'APD et 65,4% ont utilisé davantage le monitoring discontinu avant la pose de celle-ci.

47% des sages-femmes ont amélioré leur prise en charge sans APD.

Tableau XIX - Prise en charge sans APD

Sans APD	sentiment de soutien face à la douleur amélioré	Monitoring discontinu favorisé	mobilité des patientes favorisée
Amélioration			
oui	60,9%	56,5%	56,5%
non	39,1%	43,5%	43,5%
Total	100%	100%	100%

60,9% des sages-femmes ressentant une amélioration de la prise en charge des femmes sans APD ont amélioré leur sentiment de soutien face à la douleur. 56,5% d'entre-elles ont favorisé le monitoring discontinu et la mobilité des patientes.

3.5. Analyse du score global

Le score global des effets des missions humanitaires sur la pratique professionnelle des sages femmes regroupe l'ensemble des scores des quatre items ci-dessus.

Nous avons analysé celui-ci en le comparant à une valeur théorique du score de zéro, correspondant à l'absence de modification de la pratique professionnelle.

Il en ressort que la majorité des sages-femmes ayant réalisé une ou plusieurs expériences humanitaires déclaraient significativement que ces expériences ont plus d'effets bénéfiques que limitants sur leur pratique professionnelle, avec $p < 0,0001$.

Nous avons confronté ce score global à deux groupes de sages-femmes selon la durée de mission en temps cumulé. Pour les 28 sages-femmes avec une durée de mission de moins de 6 mois : la moyenne du score global est de 2,07, avec une médiane égale à 2 ; Pour les 23 sages-femmes qui sont parties 6 mois ou plus : la moyenne est de 2,74, avec une médiane égale à 3. Le test de Mann-Whitney ne nous permet pas de conclure sur une différence significative par manque de puissance ($p = 0,0512$). Il se dégage tout de même une tendance à plus d'effets bénéfiques pour les missions de 6 mois ou plus que pour les missions inférieures à 6 mois.

Nous avons confronté le score global de modification de la pratique professionnelle aux années d'exercice précédant le départ, il ne permet pas de conclure sur une différence significative, $p = 0,2588$. Ainsi, les années d'exercices avant le départ n'influent pas sur les effets des missions humanitaires sur la pratique professionnelle des sages-femmes.

3.6. Prise en charge globale et temps de mission

La majorité des sages-femmes (59%) ayant réalisé une ou plusieurs missions humanitaires d'un temps cumulé supérieur à 6 mois déclarent avoir amélioré leur prise en charge globale de la patiente.

La majorité des sages-femmes (55%) ayant réalisé une ou plusieurs missions humanitaires d'un temps cumulé inférieur à 6 mois déclarent avoir amélioré leur prise en charge globale de la patiente.

3.7. Difficultés d'adaptation au retour pour les sages-femmes

Tableau XX - La présence/absence de difficultés d'adaptation

Difficultés d'adaptation	Nombre	Pourcentage
présence	54	56,3%
absence	42	43,8%
Total	96	100%

Les difficultés d'adaptation étaient rencontrées par plus de la moitié des sages-femmes (56,3%). Mais lorsqu'on ajoute à ces difficultés celles rencontrées auprès des patientes, 68,8% des sages-femmes sont concernées.

Tableau XXI – Causes des difficultés d'adaptation au retour de missions humanitaires

Difficultés d'adaptation	Par rapport au système de santé Français	Par rapport aux relations avec les autres professionnels de santé
oui	66,7%	23,5%
non	33,3%	76,5%
Total	100%	100%

Les difficultés rencontrées sont surtout par rapport au système de santé Français (66,7%). Mais 23% ressentait des difficultés par rapport aux autres professionnels de santé.

Les difficultés d'adaptation étaient donc de trois ordres : par rapport au système de santé français, aux relations avec les autres professionnels de santé et aux patientes. Les sages-femmes nous avaient détaillé ces difficultés dans des commentaires (Annexe II).

Parmi les sages-femmes exerçant en secteur libéral ou CH de type 1, ont obtenu quasiment le même pourcentage : 30% n'avaient pas eu de difficultés et 70% en avaient. Ainsi, la majorité des sages-femmes exerçant en secteur libéral ou CH de type 1 au retour de leurs missions ont des difficultés d'adaptation au retour de missions humanitaires.

Parmi les sages-femmes exerçant en hôpital de type 2 ou 3, 63,6% ont eu des difficultés au retour.

3.8. Durée d'exercice avant le départ et difficultés d'adaptation

Nous avons confronté notre score de difficulté aux années d'exercices précédant le départ afin de rechercher si un lien existait entre la durée d'exercice avant le départ et les difficultés d'adaptation au retour ; nous ne mettons pas en évidence de différence significative, $p = 0,2588$.

Ainsi, les sages-femmes ont autant de difficultés d'adaptation au retour, quel que soit leur nombre d'années d'exercice avant leur premier départ en mission

3.9. Caractéristiques communes aux sages-femmes ayant déclaré leur pratique professionnelle limitée au retour de missions humanitaires

Seules 3 sages-femmes sur 96 sont concernées par le ressenti d'une pratique professionnelle limitée au retour. Aucun point commun n'a pu être retrouvé.

Quatrième partie : ANALYSE et DISCUSSION



1. Points forts et limites de l'étude

1.1. Les limites

L'étude fut difficile à réaliser en raison des difficultés pour le recrutement de la population attendue ; c'est le premier point faible de l'étude. En effet, il n'existe actuellement pas de liste regroupant les sages-femmes parties en missions humanitaires. Seules les ONG possèdent de telles listes, mais par soucis de confidentialité, il leur est impossible de nous les confier, même pour la réalisation d'un mémoire. Ainsi, seules les associations de petite envergure ont pu nous aider en diffusant notre questionnaire aux sages-femmes qu'elles avaient missionnées.

Un des points faibles du questionnaire est d'avoir trop orienté certaines questions. En effet, certaines d'entre-elles étaient axées sur la gestion du travail en salle de naissance avec ou sans péridurale. Par conséquent, 9 sages-femmes sur 96, travaillant soit en PMI (1/96), en consultation (2/96), ou en libéral (4/96), n'ont pas pu y répondre car elles n'ont pas été confrontées à ces situations. Les deux autres sages-femmes qui n'ont pas répondu à ces items l'ont expliqué par leur courte mission de quinze jours pour l'une et pour l'autre une mission trop spécifique (enseignement de l'échographie aux médecins et sages-femmes).

Ainsi, il serait judicieux dans une future étude de prévoir des items moins réducteurs pour permettre à toutes les sages-femmes d'exposer les effets ressentis de leurs missions, dans quelque domaine que ce soit.

Enfin, notre étude est basée sur du déclaratif ce qui entraîne un biais de mémorisation.

1.2. Les points forts

Les ordres départementaux et les différentes cadres sages-femmes de maternités nous ont permis d'atteindre en diffusant notre questionnaire un nombre de 96 questionnaires exploitables. Jusqu'ici, les mémoires des étudiantes sages-femmes traitant d'un sujet similaire par questionnaire avaient au maximum 54 réponses exploitables. [14]

Ainsi, le point fort de l'étude est d'avoir tout de même réussi à obtenir des résultats statistiques significatifs pour la première fois sur le sujet.

De plus, seulement 9 questionnaires sur 96 ont un ou deux items non remplis.

Un autre point fort de notre étude est l'intérêt qu'a suscité notre questionnaire. En effet, 74 sages-femmes sur 96 ont profité de la case « autre » de la dernière question à choix multiples pour nous exprimer et développer certains sentiments tels que leurs angoisses, leurs joies mais également leurs difficultés. Ainsi, les sages-femmes concernées ont été sensibles à cette étude. Six sages-femmes nous ont d'ailleurs remercié d'avoir traité ce sujet. Nous pouvons supposer qu'elles prennent plaisir à partager leur expérience en humanitaire et/ou qu'elles n'ont pas l'occasion de le faire aussi souvent qu'elles le souhaiteraient.

2. Quel était le profil type des sages-femmes concernées par notre étude

Les sages-femmes qui avaient réalisé des missions humanitaires dans cette étude étaient toutes des femmes. Elles avaient entre 26 et 32 ans et avaient obtenu leur diplôme d'Etat entre 2006 et 2012.

Lors de leur premier départ en mission humanitaire, elles avaient entre 23 et 29 ans, étaient célibataires, et avaient une expérience de travail en France entre 1 et 3 ans. Elles travaillaient en hôpital de type 2 avant leur départ, principalement dans le service de salles de naissance.

Elles avaient réalisé une à trois missions humanitaires, entre 3 semaines et trois mois et demi de mission en temps cumulé.

Elles n'avaient pas changé leur lieu de travail au retour de missions ; actuellement, elles sont en couple avec un ou plusieurs enfants.

Certaines sages-femmes se démarquaient de ce profil type : cinq sages-femmes avaient entre 53 et 56 ans lors de leur premier départ avec une expérience de travail en France entre 29 et 31 ans. Trois sages-femmes étaient parties en temps cumulé entre 33 mois et 48 mois ; une sage-femme étant partie 23 fois en mission. Quatre sages-femmes étaient parties alors qu'elles étaient célibataires avec un ou plusieurs enfants. Vingt-sept d'entre elles avaient

changé de lieu de travail à leur retour, dont six étaient parties en libéral, trois en PMI, et une avait repris ses études de médecine.

Le profil type que nous avons mis en avant est similaire à celui retrouvé dans les autres études [12] [13] [14] concernant l'âge, le lieu de travail en hôpital avant le départ et le nombre de missions humanitaires puisque 50% à 75% des sages-femmes retournaient au moins une fois en mission (58,3% dans notre travail).

Les caractéristiques sont vraisemblablement liées au désir d'expériences professionnelles variées qui peut être plus prégnant et plus facile à réaliser en début de carrière en raison d'une vie familiale moins établie.

L'exercice en secteur hospitalier concerne environ 70% des sages-femmes dans la population générale, ce qui peut expliquer pourquoi notre échantillon est représenté par une grande majorité de sages-femmes qui exerçaient en hôpital avant leur départ. De plus, l'exercice libéral est peut être moins compatible avec une absence prolongée pour une mission humanitaire.

Concernant la durée des missions retrouvée dans notre recherche, 83% des sages-femmes étaient parties moins d'un an (en temps cumulé). Ce pourcentage est supérieur à celui des autres études qui retrouvent que 48% à 75% des sages-femmes étaient parties pour la même durée. La taille de notre échantillon plus important peut expliquer cette différence. Globalement les missions humanitaires sont donc limitées dans le temps à moins d'une année en temps cumulé de mission.

3. Bénéfices et inconvénients ressentis par les sages-femmes au retour de missions humanitaire

De façon significative ($p < 0,0001$), ces expériences en missions humanitaires ont plus d'effets bénéfiques que limitants pour les sages-femmes interrogées. 77 sages-femmes sur 96 interrogées le ressentent ainsi.

3.1. Effets sur la relation aux patientes

Tout d'abord, notre mémoire retrouve que la majorité (53%) des sages-femmes disait avoir modifié leur relation avec les patientes.

Ce taux est beaucoup moins important que dans les autres études à ce sujet : Anne-Laure RENAIIS retrouvait une relation modifiée pour 100% des sages-femmes [11], 85,7% pour Aurore FORTEL [13], 83,4% pour Nadia OUAHBA [14], 71,4% pour Jenny PUJOL LATOUR [10].

Une différence de méthodologie peut expliquer l'écart avec les résultats du travail de Anne-Laure RENAIIS. En effet, son étude était réalisée à partir d'entretiens. Sa population était donc beaucoup plus restreinte. De plus les entretiens permettent de moduler les réponses qui ne sont pas contraintes aux choix proposés par des questions à choix multiples. Concernant les trois autres travaux, un effectif moindre de sages-femmes interrogées peut expliquer les différences observées.

Dans notre étude, l'apport bénéfique est ressenti avec 35,4% d'amélioration de la confiance en soi et avec 38,5% d'empathie plus développée. Toutefois 61,5% ressentent des difficultés de compréhension quant à certaines des exigences des patientes.

Les quatre travaux retrouvés sur ce thème avaient des résultats très variés :

Tableau XXII - Résultats des quatre autres études sur la relation aux patientes et comparaison

	Carine GACHEN	Aurore FORTEL	Nadia OUHABA	Jenny PUJOL LATOUR	Notre étude
Effectif	42	21	54	14	96
Empathie développée	75%	38%	72%	7,1%	38,5%
Diminution tolérance	25%	47,6%	44,4%	35,7%	61,5%

Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés par Aurore FORTEL [13] en ce qui concerne le développement de l'empathie, très inférieurs à ceux de Corine GACHEN [12] et de Nadia OUAHBA [14] mais meilleurs que les chiffres de Jenny PUJOL LATOUR [10]. Les sages-femmes nous ont exposé que le développement d'empathie et l'amélioration de la relation de confiance s'accompagnent de l'amélioration quant à la prise en charge de patientes

étrangères : «*gestion de la barrière linguistique*», «*meilleure tolérance par rapport à la différence de culture*».

En revanche, les difficultés de compréhension des exigences des patientes que nous avons relevées (61,5%) sont très largement supérieures aux autres études.

26 sages-femmes sur 76 ont témoigné de leurs difficultés en les précisant :

- Elles évoquent leur difficulté face aux exigences des patientes en France ; «*Il nous faut se réhabituer aux exigences des patientes qui veulent tout tout de suite, ne plus avoir mal, avoir un bébé de suite qui ne pleure pas, qui dort, qui les laisse dormir, et qui se servent ++ de la sonnette... ce qui n'existe pas en humanitaire*». Ces difficultés sont qualifiées de temporaires pour certaines sages-femmes (quelques semaines).
- Les sages-femmes dénoncent l'absence de conscience des patientes de leur chance d'accoucher en France ; «*Elles ne se rendent pas compte de la chance qu'elles ont de pouvoir accoucher avec un plateau technique et du personnel qualifié et compétent*» ; «*les patientes ne se rendent pas compte du confort et de la sécurité chez nous, trop d'exigence pour l'hôtellerie*»

3.2. Effets sur les aptitudes professionnelles

Concernant les aptitudes professionnelles, une sage-femme a ressenti des effets limitants sur sa pratique professionnelle, 69,8% ont eu un effet bénéfique et 29,2% n'ont pas eu de modifications.

Dans quatre mémoires, les modifications des aptitudes professionnelles ont aussi été analysées. Nous ne pouvons pas comparer notre prévalence de sages-femmes n'ayant pas eu de modifications des aptitudes professionnelles au retour en France car elle n'a pas été évoquée dans les autres mémoires.

En ce qui concerne l'amélioration des aptitudes professionnelles, deux compétences sont mises en évidence : 72,6% des sages-femmes ont amélioré leur autonomie et 80,8% leur confiance en elle. On note également 30,1% qui ont amélioré leur efficacité et 26% leur

dextérité même si l'amélioration de ces deux aptitudes ne concerne pas la majorité des sages-femmes.

D'après le mémoire de Carine GACHEN, 75% citent la confiance en soi comme aptitude développée en mission. [12]

Dans l'étude de Aurore FORTEL, 71,4% améliorent leur confiance en elles, 71,4% améliorent leur autonomie, 52,4% leur dextérité. [13]

Ces résultats sont en adéquation avec ceux retrouvés dans notre étude.

Nous pouvons donc voir que plus de la moitié des sages-femmes bénéficient d'amélioration quant à certaines de leurs aptitudes professionnelles d'après ces deux mémoires également : l'autonomie et la confiance en soi. Cependant, en raison des questionnaires à réponses à choix multiples, nous ne sommes pas exhaustifs. Le mémoire de Anne-Laure RENAI, réalisé à partir d'entretiens, permet aux sages-femmes de s'exprimer facilement ; c'est alors la confiance en soi qui est la plus évoquée des aptitudes professionnelles.

Nous pouvons donc penser que l'autonomie et la confiance en soi sont les deux aptitudes professionnelles les plus améliorées par les missions humanitaires, d'après le ressenti des sages-femmes.

Nous savons que lors des missions humanitaires, les sages-femmes sont seules face à de nombreuses situations, et parfois doivent prendre des décisions ou faire des gestes qu'elles ne sont pas amenées à faire en France. Ceci peut expliquer qu'à leur retour elles soient plus autonomes et confiantes en elles pour gérer leurs patientes, ayant déjà géré des situations seules, plus chaotiques et avec beaucoup moins de moyens.

Dans les autres mémoires, les aptitudes professionnelles limitées étaient des exceptions. Dans notre étude, nous avons demandé les effets bénéfiques et limitants dans deux questions séparées. Ceci a permis aux sages-femmes de s'exprimer sur le sujet. Il en ressort que 26% des sages-femmes ont trouvé leur rigueur moins performante après les missions humanitaires.

Il est probable qu'après avoir travaillé avec peu de moyens elles aient un sentiment de rigueur moindre à leur retour, peut-être par une attention axée sur l'essentiel de la prise en charge et moins sur le détail.

3.3. Effets sur les compétences professionnelles

Les sages-femmes sont nombreuses à avoir ressenti une amélioration de leurs compétences professionnelles d'après notre étude (64,6%), notamment le sens clinique à 86%, et 52,8% la gestion de l'urgence.

Nous ne pouvons comparer que l'évolution du sens clinique avec les résultats des autres études car c'est le seul item commun avec notre étude.

Tableau XXIII - Amélioration du sens clinique d'après quatre études et comparaison

	Carine GACHEN	Anne-Laure RENAIS	Nadia OUHABA	Jenny PUJOL LATOUR	Notre étude
Effectif	42	10	54	14	96
Amélioration sens clinique	47,6%	70%	64,8%	50%	86%

Ils retrouvent aussi une évolution positive du sens clinique des sages-femmes à leur retour en France avec des prévalences plus ou moins élevées. Nous avons obtenu avec notre étude le plus haut taux d'amélioration du sens clinique, ce qui peut s'expliquer par l'importance de notre échantillon.

Nous pensons que le sens clinique est ressenti très développé par les sages-femmes car elles sont dépourvues de moyens para-cliniques lors de leur missions humanitaires et donc développent le seul moyen qu'elles ont à leur portée : le sens clinique.

Les compétences professionnelles limitées étaient seulement des exceptions dans les mémoires précédents. Comme précédemment les sages-femmes ont pu à travers deux questions séparées de s'exprimer sur le sujet. Il en ressort que 20% des sages-femmes ont ressenti leur compétence sur la réanimation du nouveau-né diminuée.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes en missions humanitaires n'ont pas ou peu d'aide matérielle dans leur réanimation aux nouveaux-nés. Par conséquent les bases de notre réanimation peuvent sembler loin lors du retour en France et une réadaptation est alors nécessaire. Elles peuvent également avoir ressenti un décalage entre ce qu'elles faisaient avant leur départ et les pratiques à leur retour, les recommandations évoluant

rapidement en matière de réanimation néonatale. Il en résulte également une nécessité de réadaptation au retour pouvant expliquer ce ressenti.

3.4. Effets sur la prise en charge globale des patientes

L'amélioration de la prise en charge globale des patientes est ressentie par 56,3% des sages-femmes parties en humanitaire.

En ce qui concerne les examens para-cliniques, 25% des sages-femmes ont ressenti une modification. Pour presque la totalité d'entre elles, cette modification se traduit par une diminution des examens para-cliniques. Les résultats des autres travaux à ce sujet sont variables : aucune de diminution [10], 50% de diminution [12] [13], et 44,4% [14]

Nos résultats sont donc à mi-chemin entre les extrêmes (0% et 50%). Ils sont peut être plus fiables toujours en regard de la taille de notre échantillon.

Peu de sages-femmes avaient donc changé leur prise en charge au niveau des examens complémentaires à leur retour. Deux raisons peuvent expliquer cette diminution modérée :

- Les protocoles de service qui uniformisent et cadrent le travail, laissant peu de place à l'évaluation personnelle du bien fondé de la prescription
- Le poids du médico-légal qui peut pousser à réaliser des examens au moindre doute.

Concernant la prise en charge avec ou sans APD : 45% disaient avoir modifié leur prise en charge dans le cas de travail sans APD contre 25% qui l'ont modifiée dans le cas d'une APD.

Il est possible que les impératifs de surveillance et les protocoles de service là encore, restreignent les possibilités d'action quand une APD est installée.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres études qui étudiaient ce critère.

3.5. Ressenti des sages-femmes selon le temps cumulé des missions humanitaires

La majorité des sages-femmes (59%) ayant réalisé une ou plusieurs missions humanitaires d'un temps cumulé supérieur à 6 mois déclarent avoir amélioré leur prise en charge globale de la patiente.

Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature concernant le lien entre la durée des missions humanitaire et la modification de la prise en charge globale de la patiente.

Il semble cependant logique de penser que plus la mission est longue, plus l'expérience acquise grâce à une diversité de situations gérées permet d'améliorer la prise en charge globale.

Dans notre étude, 55% des sages-femmes ayant réalisé une ou plusieurs missions humanitaires d'un temps cumulé inférieur à 6 mois déclarent avoir amélioré leur prise en charge globale de la patiente. Donc quelle que soit la durée de la mission, la majorité des sages-femmes reste concernée par cette amélioration.

Nous avons recherché une différence entre ces deux groupes de sages-femmes concernant notre score global de modification de la pratique professionnelle. Il se dégage une tendance : il y a plus d'effets bénéfiques sur la pratique professionnelle chez les sages-femmes avec un temps de mission cumulé supérieur à 6 mois que chez les sages-femmes avec un temps de mission inférieur à 6 mois ($p = 0,0512$).

3.6. Adaptation des sages-femmes exerçant en libéral ou en hôpital de type 1 au retour

Contrairement à toute attente, les sages-femmes étaient très nombreuses (68,8%) à avoir éprouvé des difficultés d'adaptation. Ces difficultés sont liées aux relations avec les femmes et avec les autres professionnels. Mais les difficultés en lien avec le système de santé français étaient majoritairement évoquées pour 66,7% des sages-femmes.

Nous aurions pu penser que l'autonomie en libéral ou en centre hospitalier de type 1 était plus proche de celle vécue pendant les missions, et donc que les difficultés d'adaptation

étaient moindres ; mais 70% d'entre-elles ont eu des difficultés ce qui rejoint la population générale.

En exercice libéral et en CH de type 1 les sages-femmes sont souvent seules dans leur exercice au quotidien. Ainsi, il n'y avait pas la présence des collègues ni du cadre de la hiérarchie (dans le secteur libéral) qui aide les sages-femmes à se réadapter rapidement aux protocoles et au fonctionnement du service. Elles ont donc pu se sentir pendant plus longtemps perdues entre les deux façons d'exercer, avec plus de difficultés à revenir d'elles-mêmes au système de santé français.

Nous pouvons souligner enfin, que les difficultés sont tout aussi présentes, même si légèrement inférieures, au retour des sages-femmes travaillant en hôpital de type II et III (63,6%).

3.7. Caractéristiques communes

Si aucun point commun aux sages-femmes ayant limité leur pratique professionnelle, n'a pu être retrouvé, des particularités pour elles trois peuvent expliquer leurs réponses. L'une était partie pour une mission courte de deux semaines. Une autre avait peu pratiqué en tant que sage-femme pendant la durée de sa mission (1mois et demi). La troisième travaillait en PMI et n'a donc pas pu répondre à toutes les questions, ce qui a faussé son score global.

4. Analyses des données supplémentaires

Les années d'exercices avant le départ n'influencent pas sur les effets sur la pratique professionnelle des sages-femmes à leur retour de missions humanitaire, ni sur les difficultés d'adaptations au retour.

L'exercice en mission humanitaire est peut-être tellement différent pour la profession de sages-femmes, que l'expérience préalable en France a peu d'incidence : les sages-femmes se retrouvent toutes égales face aux effets de ces missions lors de leur retour, et éprouvent les mêmes difficultés d'adaptation.

5. Préconisations

Au vu des résultats de cette étude et de l'intérêt manifesté par les sages-femmes pour notre enquête, il pourrait être judicieux d'instaurer en 4^{ème} ou 5^{ème} année d'études de sage-femme une information afin d'expliquer en quoi consiste le rôle d'une sage-femme en humanitaire pour éveiller la curiosité des étudiantes sages-femmes ; mais également leur apporter une vision réaliste des différentes facettes de cette fonction, avec ses avantages et ses inconvénients.

Il existe déjà des ONG ou associations qui préparent le départ et le retour des sages-femmes. Nous pourrions nous poser la question de la pertinence de développer des stages de réadaptation à l'emploi pour les sages-femmes lors du retour de mission. Ils pourraient faciliter leur réadaptation progressive aux contraintes institutionnelles et médicales françaises et également leur intégration auprès des autres professionnels plus « sédentaires ».

CONCLUSION



Les missions humanitaires sont un exercice du métier de sage-femme à part entière mais souvent temporaire. Ainsi, de nombreuses sages-femmes reviennent exercer en France après de telles expériences. Notre étude a mis en évidence l'importance des effets bénéfiques ressentis sur la pratique professionnelle d'une sage-femme à son retour. Elles améliorent leur relationnel, leurs compétences et aptitudes professionnelles et leur prise en charge des patientes. Cette amélioration est valable quelle que soit l'ancienneté de la sage-femme avant son départ. Parfois des difficultés sont tout de même présentes, notamment lors des premiers temps du retour en France. Celles-ci concernent les relations aux patientes et la réadaptation au système de santé français en lien avec la surmédicalisation, le poids du médico-légal et le gaspillage. Ces difficultés d'adaptation sont présentes pour l'ensemble des sages-femmes quelles que soient soit leurs expériences préalables.

Dans une autre étude sur ce thème, il serait pertinent d'ajouter des questions ouvertes pour apporter plus de précisions notamment à propos de la prise en charge des patientes car les réponses ont inévitablement été orientées et réduites par les réponses à choix multiples proposées.

Nous espérons que cette étude permettra aux sages-femmes ayant réalisé des missions humanitaires d'être valorisées dans leur pratique professionnelle ; et que ce travail donnera envie à de nombreuses sages-femmes de partir pour de telles expériences.

BIBLIOGRAPHIE



- [1] RUBIO F., HURÉ C. *Dictionnaire pratique de l'humanitaire*. Ellipses. France. 2010. 270p.
- [2] LE COCONNIER M.-L., POMMIER B. *L'action humanitaire*. Paris. Presses universitaires de France. 2009. ISBN : 9782130566441 2130566448.
- [3] LEBAS J., VEBER F., BRÜCKER G. *Médecine humanitaire*. Flammarion. Paris.1994. 369p.
- [4] RYFMAN P. *Une histoire de l'humanitaire*. 2008. 122p.(repères).
- [5] « Domaine: Humanitaire / Urgence / Développement ». Disponible sur: < <http://www.portail-solidarite.org/domaines/humanitaire-urgence-developpement> > (consulté le 6 avril 2016)
- [6] « FR_Maternal Health in Africa_factsheet_web.pdf ». Disponible sur: < http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/safe%20motherhood/Resource%20Kit/FR_Maternal%20Health%20in%20Africa_factsheet_web.pdf > (consulté le 26 janvier 2016)
- [7] BRAUMAN R. *La médecine humanitaire*. Paris. Cairn.info. 2010. ISBN : 9782130578239 2130578233.
- [8] HEBERT B. *Abord clinique d'une mission humanitaire*. SPRINGER. Saint Etienne. 2009. 171p.
- [9] « Sage-femme - Métiers | Médecins Sans Frontières ». Disponible sur: < <http://www.msf.fr/recrutement/metiers/sage-femme> > (consulté le 6 avril 2016)
- [10] PUJOL LATOUR J. *L'humanitaire et la sage-femme*. TOULOUSE. 2010. 57p.
- [11] RENAI A.-L. *Sage-femme et humanitaire : regards sur l'évolution des prises en charge au retour en France*. ROUEN. 2013.
- [12] GACHEN C. *Un second départ ? Incidence d'une expérience humanitaire sur la pratique d'une sage-femme à son retour*. Bordeaux 2. 2004. 119p.
- [13] FORTEL A. *Sage-femme humanitaire, les fruits d'une expérience humaine*. METZ. 2006. 57p.
- [14] OUAHBA N. *La sage-femme d'ici et d'ailleurs : la mission humanitaire et son incidence sur la sage-femme à son retour*. REIMS. 2007. 147p.
- [15] RONDEAU G. *Missions médecins (jusqu'au bout) du monde*. SEUIL. MILAN. 2005. 253p.

ANNEXES



1. Questionnaire

Eloïse LANTERNE

Etudiante sage-femme 4^{ème} année

Ecole de sage-femme de Limoges
Hôpital du Cluzeau
23, avenue Dominique Larrey
87042 LIMOGES CEDEX

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études de sage-femme, je réalise un mémoire sur la pratique professionnelle des sages-femmes au retour d'une ou plusieurs missions humanitaires. Pour mener à bien cette étude, je collecte les témoignages de sages-femmes ayant participé à des missions humanitaires au cours de leur vie professionnelle.

L'objectif de mon mémoire est d'évaluer les effets bénéfiques et limitants d'après les sages-femmes d'une ou plusieurs expériences humanitaires sur leur pratique professionnelle.

Ainsi, en remplissant ce questionnaire constitué de questions à choix multiples, vous apporterez une contribution précieuse à l'élaboration de mon mémoire.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous consacrerez à mon enquête.

LANTERNE Eloïse – 0647842392 – 4 passage Broussais 87000 LIMOGES –
eloise.lanterne@hotmail.fr

1. Quel âge avez-vous ? ...
2. En quelle année avez-vous eu le diplôme d'état ? ...
3. Êtes-vous :
 - Un homme
 - Une femme

I. Les missions humanitaires

Au moment du premier départ :

4. Quel âge aviez-vous ? ...
5. Quelle était votre situation familiale ?
 - Célibataire
 - Célibataire avec enfant(s)
 - En couple
 - En couple avec enfant(s)
6. Quelle était votre durée totale d'exercice du métier de sage-femme ? ...
7. Où exerciez-vous ?
 - en secteur libéral
 - en hôpital type 1
 - en hôpital type 2a
 - en hôpital type 2b
 - en hôpital type 3
 - autre (précisez) : ...
8. Si vous exerciez en secteur hospitalier, dans quel service avez-vous travaillé majoritairement avant votre départ ?
 - suites de couches
 - salle de naissances
 - consultations

- grossesses pathologiques
- aide médicale à la procréation
- orthogénie

Pour l'ensemble de vos expériences :

9. Combien de missions humanitaires avez-vous effectuées ? ...

10. Quelle est la durée totale des missions réalisées ? ...

II. Le retour professionnel en France

11. Avez-vous changé de lieu d'exercice suite à une ou plusieurs expériences humanitaire ?

- Oui
- Non

12. Si oui, exercez-vous actuellement :

- en secteur libéral
- en hôpital type 1
- en hôpital type 2a
- en hôpital type 2b
- en hôpital type 3
- autre (précisez) : ...

13. Si vous exercez en secteur hospitalier, dans quel service travaillez vous majoritairement depuis votre retour ?

- suites de couches
- salle de naissances
- consultations
- grossesses pathologiques
- aide médicale à la procréation
- orthogénie

14. Quelle est votre situation familiale actuelle ?

- Célibataire
- Célibataire avec enfant(s)

- En couple
- En couple avec enfant(s)

III. Impact de votre expérience humanitaire au niveau de la vie professionnelle :

1. Accompagnement/relationnel auprès des patientes :

15. Avez-vous ressenti des modifications au niveau des relations avec les patientes ?

- Oui
- Non

16. Si oui,

- Oui, avec une amélioration de la relation de confiance
- Oui, avec un développement de l'empathie
- Oui, des difficultés de compréhension quant à certaines de leurs exigences
- Autre (précisez) : ...

2. Modifications des aptitudes professionnelles :

17. Avez-vous ressenti une modification d'une des aptitudes professionnelles suivantes : rigueur, efficacité, autonomie, confiance en soi, dextérité ?

- Oui
- Non

18. Cochez la ou les aptitudes professionnelles améliorées :

- Rigueur
- Efficacité
- Autonomie
- Confiance en soi
- Dextérité

19. Cochez la ou les aptitudes professionnelles éventuellement limitées :

- Rigueur
- Efficacité
- Autonomie
- Confiance en soi
- Dextérité

3. Modifications des compétences professionnelles :

20. Avez-vous ressenti une modification d'une ou plusieurs des compétences professionnelles suivantes : sens clinique, gestion de l'urgence, pratique de manœuvres obstétricales, rapidité du diagnostic de présentation, réanimation du nouveau-né ?

- oui
- non

21. Cochez la ou les compétences professionnelles améliorées :

- sens clinique
- gestion de l'urgence
- pratique de manœuvres obstétricales
- rapidité du diagnostic de présentation
- réanimation du nouveau-né

22. Cochez la ou les compétences professionnelles éventuellement limitées :

- sens clinique
- gestion de l'urgence
- pratique de manœuvres obstétricales
- rapidité du diagnostic de présentation
- réanimation du nouveau-né

4. Modification de la prise en charge globale des patientes :

23. Avez-vous modifié vos prescriptions d'examens para-cliniques :

- oui
- non

24. Si oui,

- Oui, j'ai diminué en nombre mes examens para-cliniques
- Oui, j'ai augmenté en nombre mes examens para-cliniques
- Non, je n'ai pas modifié en nombre mes examens para-cliniques
- Autres (précisez) : ...

25. Avez-vous modifié la gestion du travail de vos patientes sous analgésie péridurale?

- Oui
- Non

26. Si oui,

- Oui, je favorise la mobilité de la patiente avant la pose de l'analgésie péridurale
- Oui, je favorise le monitoring discontinu avant la pose de l'analgésie péridurale,
- Oui, je favorise la pratique de différentes positions après la pose de l'analgésie péridurale.
- Autres (précisez) : ...

27. Avez-vous modifié la gestion du travail de vos patientes sans analgésie péridurale ?

- Oui
- Non

28. Si oui,

- Oui, je favorise la mobilité des patientes, avec différentes positions
- Oui, je favorise le monitoring discontinu
- Oui, je me sens plus soutenante face à la gestion de la douleur
- Autres (précisez) : ...

5. Difficultés d'adaptation

29. Avez-vous ressenti des difficultés d'adaptation lors de votre retour en France ?

- Oui
- Non

30. Si oui,

- Oui, des difficultés par rapport au système de santé français (précisez) :
...
- Oui, des difficultés par rapport aux relations avec les autres professionnels de santé (précisez) : ...
- Autres (précisez) : ...

Merci de votre participation !

2. Les difficultés d'adaptation

A la fin du questionnaire, 74/96 sages-femmes nous ont écrit des commentaires, avec des précisions sur leurs difficultés d'adaptations. Nous allons analyser leurs propos pour en extraire un maximum d'informations.

A propos des relations aux autres des sages-femmes lors de leur retour de missions humanitaires, nous allons aborder leurs difficultés par rapport aux collègues. En effet, elles sont 10 sages-femmes à nous en parler en détail.

- Elles évoquent l'impression de ne pas être entendues ou comprises ; *« j'aurais eu envie de leur raconter de nombreuses anecdotes de ma mission mais très vite décrochent et ne comprennent pas que les gens réagissent comme ça là-bas. Peu d'ouverture... »*
- Les sages-femmes se sentent en décalage par rapport à leurs collègues ; *« j'avais aussi beaucoup de mal avec les collègues qui se plaignaient beaucoup sur les conditions de travail et de salaire » ; « ne plus être sur la même longueur d'onde au moment de réunions professionnelles » ; « difficile d'entendre certaines requêtes de mes collègues tellement superficielles ! »*
- Deux sages-femmes nous parlent du racisme dont elles sont témoins ; *« c'est intolérable d'entendre trop fréquemment le racisme ordinaire des soignants, l'exemple le plus parlant étant ce fameux « syndrome méditerranéen », et autres ordures communes ».*

Les sages-femmes nous détaillent leur vision de notre système de santé en France, et d'où viennent leurs difficultés d'adaptation par rapport à celui-ci :

- 10 sages-femmes nous évoquent la surmédicalisation de l'accouchement en France, *« l'impression que toute la médicalisation stressait autant les professionnels que les patientes » ; « trop de technicité et de moins et moins de spontanéité... »*
- 8 d'entre elles dénoncent les prescriptions excessives, et les protocoles non adaptés à la clinique ; *« suivi des protocoles à la lettre sans discussion » ; « même en secteur 1, tout est codifié et médicalisé, comme automatisé, et en 35 ans d'exercice, cela est*

devenu fatigant et dévalorisant » ; « devoir pratiquer de nombreux examens complémentaires pas toujours fondés »

- 8 sages-femmes nous parlent du poids du médico-légal bien trop important dans notre système de santé ; *« La pression du médico-légal est tellement importante qu'il m'arrive de faire des bilans et des examens pour « me protéger » sachant pertinemment que cela ne sert à rien » ; « l'épée de Damoclès du médico-légal trop présente voir néfaste pour la prise en charge des patientes »*
- Sept sages-femmes évoquent le gaspillage de matériel très important dû à notre système de santé ; *« sachant que a vie d'une femme en Afrique est liée à sa capacité à acheter la perfusion l'aiguille et l'antibiotique que va lui poser ou non la sage-femme en salle de naissance... choquée par les stocks périmés que l'on jette sans se soucier si une maternité pourrait les utiliser au Mali ou ailleurs... [...] j'ai honte du gâchis généré par notre système » ; « matériel en abondance avec énormément de gaspillage »*
- Sept sages-femmes dénoncent l'effet délétère de notre système de santé pour nos patientes ; *« peu de temps disponible pour s'occuper et accompagner les femmes » ; « on assiste les patientes, et surtout on les rend dépendante de nous » ; « En France, on ne favorise pas les pratiques qui pourraient donner les outils nécessaires pour que les femmes aient plus confiance en elles et soient réellement actrices de leur accouchement lorsque tout va bien. Les patientes nous demandent presque si elles ont le droit de garder leur nouveau-né en peau à peau dans leur chambre, et c'est notre système qui crée ces aberrations ! »*

Les sages-femmes nous apprennent aussi qu'elles ont éprouvé des difficultés à se réadapter à leur métier de sage-femme en France :

- Deux d'entre elles nous parlent de leur perte d'autonomie ; *« frustration de ne plus pouvoir gérer certains cas »*
- Quatre sages-femmes évoquent leurs difficultés par rapport au rapport hiérarchique *« frustration de devoir en référer systématiquement au gynéco ou pédiatre... »*
- Quatre sages-femmes ont ressenti le besoin de se reformer et se réappropriier les protocoles ; *« il nous faut reprendre les protocoles très complets liés à notre niveau de*

soins actuels » ; « le respect des protocoles franco-français à notre retour de l'étranger est étroitement surveillé par le reste de l'équipe ».

Mais neuf autres sages-femmes nous racontent le contraire ; la chance que nous avons de travailler dans un pays développé ; *« facilité de la prise en charge dans nos pays développés » ; « on apprécie d'autant mieux notre système français, et la chance de pouvoir accoucher en France (sans penser à la mort qui accompagne la naissance trop souvent) » ; « au retour de mission je trouve toujours les médecins trop interventionnistes mais d'un autre côté je suis contente de retrouver les moyens techniques et humains qui permettent de suivre dans de bonnes conditions le déroulement de la grossesse de l'accouchement et du postpartum ».*

Sept sages-femmes nous parlent de difficultés plus personnelles, à se réadapter à la vie en France en général ; *« lorsque je suis rentrée d'une mission humanitaire, j'ai trouvé le monde vide et stérile » ; « ce qui est difficile à mon retour, c'est la réinsertion dans mon milieu : des supermarchés blindés de bouffe, l'isolement, le manque de projet... » ; « ce qui a été difficile en terme de réadaptation c'est d'accepter que des personnes, qui ont tout pour réussir, ne saisissent pas leur chance alors que d'autres se démènent pour s'en sortir sans moyen » ; « j'ai eu la conscience aigüe que nous occidentaux avons perdus des notions de vie élémentaire, et sommes toujours dans la fuite en avant sans profiter des moments présents ».*

Pour conclure sur les commentaires des sages-femmes, il nous a semblé intéressant de vous faire lire certaines citations :

- *« les expériences humanitaires n'apportent que du mieux à la sage-femme mais elle doit être motivée profondément par ces missions difficiles »*
- *« il ne se passe pas un seul jour au travail, ou dans ma vie privée, sans que je pense à tous ces gens démunis mais remarquables de positivité, de désir de progresser et de partager. Cela m'aide à avancer. »*
- *« l'humilité est la principale chose apprise pendant ces missions »*
- *« j'ai appris à entendre, au delà des systèmes de santé, le questionnement des femmes d'ici et d'ailleurs et donc de trouver des points communs, un lien universel. Mon travail auprès de toutes ces femmes m'ont fait prendre conscience que les questionnements, les peurs qui émergent dans ce temps de la gestation, de la mise au monde et du post-partum sont les mêmes ».*

Eloïse LANTERNE

La pratique professionnelle des sages-femmes au retour d'une ou plusieurs missions humanitaires

53 pages

Mémoire de fin d'étude – école de sages-femmes de LIMOGES – Année 2016

RESUME :

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les effets bénéfiques et limitants, ressentis par les sages-femmes, lors d'une ou plusieurs expériences humanitaires sur leur pratique professionnelle. A l'aide de 96 questionnaires recueillis, nous avons pu mettre en évidence de façon statistiquement significative que ces expériences étaient ressenties comme plus bénéfiques pour les sages-femmes que limitantes sur leur pratique professionnelle. Les différents changements apportés par ces missions (relation aux patientes, compétences et aptitudes professionnelles, prise en charge des patientes) ont été décrits. Malgré ces effets bénéfiques sur la pratique professionnelle, il existe des difficultés d'adaptation au retour pour la plupart des sages-femmes.

MOTS CLES :

Missions humanitaires – pratique professionnelle – sage-femme