

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN-BORDEAUX 2-  
ECOLE DE SAGES-FEMMES

## **Les “Périnatalités En Développement”**

- Approche éthique de la sage-femme humanitaire -

Mémoire de fin d'études

présenté par

RIOUST Julien

Né le 25/08/1981

Nîmes

Sous la direction du Dr Jacques Faucher

PROMOTION 2003/2007

## **Les “Périnatalités En Développement”**

- Approche éthique de la sage-femme humanitaire -

## **Remerciements**

Au Docteur Jacques Faucher, pour son soutien, ses astuces, et les riches moments passés pour la réalisation de ce travail.

<b>Glossaire.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>Première partie : L’humanitaire entre Esthétique et Universel .....</b>	<b>8</b>
1.1 Pourquoi voulons-nous partir “aider”, “développer”,... les pays du Sud ?.....	8
1.2 La mise à mal des principes de l’humanitaire.....	15
1.3 Les exigences et les enjeux de l’humanitaire.....	20
<b>Deuxième partie : Des conflits entre les Particuliers.....</b>	<b>26</b>
2.1 La Pauvreté tue !.....	26
2.2 Les réponses traditionnelles.....	35
2.3 Les réponses des ONG et de la communauté internationale.....	42
2.4 Une réponse durable : la santé et l’éducation.....	48
2.5 Intérêts et limites de la professionnalisation.....	49
<b>Troisième Partie : Une éthique pour temps de crises.....</b>	<b>50</b>
3.1 Humanitaires, humanités et crises des Universels.....	50
3.2 Des principes incitatifs ou des Particuliers, participent à la codification de l’humanitaire....	55
3.3 La charte : une valeur symbolique mais un outil non opérationnel.....	57
3.4 Les codes de déontologie sont le fruit d’une réflexion éthique.....	57
3.5 L’éthique avec la singularité des personnes et la diversité des acteurs .....	57
3.6 La relecture éthique de l’action humanitaire.....	60
<b>Conclusion.....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>63</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>64</b>

Annexe 1 : Le schéma U, P, S et E.....	65
Annexe 2 : Rwanda : La crédibilité française en question par Rony Brauman.....	66
Annexe 3 : Volontariat de Solidarité Internationale et parcours citoyen.....	68

## **Glossaire**

CES : Centre Européen de la Santé

CICR : Comité International de la Croix Rouge

DIH : Droit International Humanitaire

GSF : Gynécologues sans Frontière

IFPRI : International Food Policy Research Institute

MDM : Médecin Du Monde

MSF : Médecin Sans Frontière

OMS : Organisation Mondiale de la Santé    ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies contre le SIDA

ONU : Organisation des Nations Unies

UE : Union Européenne

UNFPA : Fond des Nations Unies pour la Population

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNECA : United Nations Economic Commission for Africa

## Introduction

L'humanitaire est à la mode, quelles que soient les motivations qui y poussent, de la plus généreuse à la plus égoïste, il est de bon ton et dans l'air du temps de s'y adonner. Était-ce une raison suffisante pour sacrifier à cette mode et construire un mémoire sur ce sujet ? Justement non, car au travers des témoignages, des expériences (et retours d'expériences), des bilans et évaluations du travail accompli, il y a souvent loin d'un idéal humaniste<sup>1</sup> à la concrétisation d'une œuvre également satisfaisante pour ceux qui donnent et ceux qui reçoivent. Et ceci pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, dans notre monde du tout médiatique, l'influence de l'image a pris tant d'importance qu'elle est en passe de remplacer la réalité : n'aurait d'intérêt aujourd'hui que ce qui est authentifié, valorisé par la caméra. L'image crée des valeurs, elle engendre la sympathie ou le rejet. L'image s'adresse à l'imaginaire, suscite l'émotion, et stimule la conscience. L'humanitaire permet sans doute de combiner au mieux les deux éléments qui font la force des images : la réalité des faits et la cause morale qu'elle implique ; le drame et l'action bienfaisante ; le mal et le bien<sup>2</sup>. Or, dès qu'il s'agit de mal et de bien, on traite de

---

<sup>1</sup>. Annexe IV de "Principes et intervention en matière d'assistance et de protection dans le cadre de l'action humanitaire internationale ; XXVI<sup>e</sup> Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge", Genève, 3 -7 Décembre 1995 [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.icrc.org/web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/5FZGYV>>

<sup>2</sup>. JP Henry. Trop éthique pour être @u Net ? Thèse 2000. Université Paris 4 Sorbonne [consulté le 02/01/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.oui.net/fac/recherche/tropetiq/>>

morale. Ce principe est un outil bien insuffisant pour évoquer l'humanitaire. L'action humanitaire soulève des questions, et réclame des réponses s'adressant à un individu singulier, dans une culture particulière ; il est plutôt question d'éthique. Les meilleures intentions peuvent, provoquer des dégâts conséquents et parfois irréversibles. L'angélisme humaniste seul, ne saurait répondre, pas davantage que le pragmatisme scientifique seul, aux nécessités du terrain au quotidien<sup>3</sup>. C'est dans ce contexte de dilemmes que j'ai voulu me plonger, démystifier un univers dans lequel je n'exclus pas de m'engager.

L'actualité nous montre qu'avec l'accroissement des inégalités Nord-Sud, la communauté internationale et les ONG s'impliquent davantage et différemment dans les actions de solidarité. De grandes idées et de grands programmes sont proposés, notamment autour de la mère et l'enfant<sup>4</sup>. La communauté internationale et les ONG prétendent promouvoir une certaine forme de périnatalité, comme elles voudraient développer un pays. D'où ce petit clin d'œil en intitulant ce travail « Les "Périnatalités En Développement" » avec le sigle P.E.D désignant les « Pays En Développement ».

Mais un souci persiste. Celui de se demander comment la sage-femme française peut s'inviter ou s'immiscer dans d'autres cultures, avec quelles motivations, quels bagages, et comment elle en revient. Il convient aussi de s'interroger quant au regard qu'elle porte sur l'autre, ou que l'autre porte sur elle. Comment sa profession peut-elle entrer en conflit avec des pratiques traditionnelles ? On se réfère donc à l'histoire de ces personnes, à leurs cultures. Pour cela, je vous propose de problématiser la place de la sage-femme humanitaire autour de trois dimensions : l'« *Universel* », le « *Particulier* » et le « *Singulier* »<sup>5</sup>.

La première de ces dimensions est « l'*Universel* », c'est ce qu'il faut toujours faire, quel que soit le lieu, l'époque, les conditions. Il s'agit des grands principes de

<sup>3</sup>. Rony Brauman. Le crime humanitaire [consulté le 25/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.peacecenter.sciences-po.fr/pdf/rb-crime-humanitaire-arlea93.pdf>>

<sup>4</sup>. Annie-Claire Cottu. Sage-femme au Secours populaire français. Entre vouloir et pouvoir [consulté le 15/01/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.cesh.org/evenement/journeeprovencale/2006/pdf/cr\\_jpsh.pdf](http://www.cesh.org/evenement/journeeprovencale/2006/pdf/cr_jpsh.pdf)>

<sup>5</sup>. Par souci de clarté, les concepts *Universel*, *Particulier*, *Singulier*, seront inscrits en italique au fil du mémoire. Nous proposons un schéma les articulant en annexe 1.

la vie en société, des interdits fondateurs, des déclarations des Droits de l'homme par exemple, on parle alors de « souhaitable intégral ». Le personnage qui incarne cette dimension est le « prophète », celui qui rappelle ces principes, interpelle une société sur ses carences les plus criantes, sur les injustices qu'elle accepte. Ce prophète peut être une personnalité comme Gandhi, Martin Luther King, l'abbé Pierre, ou des ONG comme Amnesty International, Médecins du Monde, etc.

La deuxième dimension est « le *Particulier* » qui désigne le « souhaitable habituel », ce qui est habituellement accepté et pratiqué dans une société donnée, à un moment donné, en fonction de différents facteurs. Ce qui est possible aujourd'hui en France est différent de ce qui était possible, dans ce même pays, il y a cinquante ou cent ans, différent des choix proposés aujourd'hui en Espagne ou en Allemagne, bien différent de ce qui est possible au Mali ou en Chine. Ces possibilités sont déterminées par les lois, les choix culturels et financiers, les structures politiques et économiques, etc. Le personnage emblématique de cette position est le « sage » car il est sensible à la complexité des situations, aux conséquences à court, moyen, long, termes de tel ou tel choix, au temps qu'il faut pour modifier des structures administratives et économiques.

La troisième dimension est « le *Singulier* ». Il correspond à « l'effectivement possible ». Quels que soient les grands principes et les Droits de l'homme, les lois d'un pays, tout n'est pas possible. Il arrive un moment où il faut décider, trancher, agir. Le personnage emblématique est alors le « roi », le politique, le décideur. Or, « Le temps des penseurs n'est pas celui des décideurs. » On ne dispose pas toujours de tout le temps que l'on souhaiterait pour mûrir une décision. La plupart des textes que nous lisons ont été élaborés en deux, trois, dix ans. Parfois nous ne disposons que de quelques jours ou de peu d'heures pour décider, quand il ne s'agit pas d'une décision en urgence où chaque seconde compte !

Or, lorsqu'il s'agit de prendre une décision, il nous faut articuler ces trois dimensions indissociables, si l'on aspire à un raisonnement éthique. L'enjeu est de repérer quelle dimension nous privilégions quand nous agissons et décidons. Penser qu'il suffirait de décider quels sont les grands principes qu'il faut toujours appliquer et demander de les mettre en œuvre quelles que soient les



circonstances, les capacités des personnes et des sociétés, conduit à l'idéalisme et au moralisme, « et le moralisme, c'est immoral !<sup>6</sup> ». Le moralisme ne prend pas en compte la complexité d'une situation, l'importance de la subjectivité de chacun des acteurs, les possibilités et impossibilités qui surviennent dans des situations historiques et politiques données, les capacités et limites que chacun expérimente à tel ou tel moment de son existence.

Par contre, ne jamais tenir compte de ces grands principes risque de conduire nos sociétés à la simple gestion des situations au nom du pragmatisme ou du réalisme, le plus souvent au détriment des plus faibles ou des sans voix. Il serait pourtant dangereux qu'au nom de la loi ou des conformismes de groupes, les sociétés imposent tel comportement sans tenir compte du décalage qui existera toujours entre des lois et des normes particulières et leur mise en œuvre dans des situations qui sont toujours singulières. Cependant, réduire la décision à ce que je ressens ou au seul jugement individuel conduit au subjectivisme ou à l'arbitraire. Il est donc indispensable d'articuler les trois dimensions U, P, S, et de s'interroger pour préciser laquelle des trois, lors d'une décision, a été privilégiée, minimisée, oubliée. Aussi, je propose une réflexion sur la place de la sage-femme dans la solidarité internationale. Mais avec un regard éthique, celui qui essaie de comprendre, d'évaluer à quoi il est possible de consentir dans des situations souvent précaires ou même dangereuses, au sein d'une culture autre.

La première partie s'ouvrira par le témoignage d'une sage-femme humanitaire, et nous tenterons de comprendre pourquoi on s'engage, ce que cela suppose, et finalement à quoi on peut consentir.

Dans la deuxième partie, nous verrons comment la naissance, peut être perçue dans ces pays, en nous appuyant sur des données épidémiologiques précises autour de la mère et de l'enfant. Ces connaissances sont indispensables au raisonnement éthique, car ce sont des situations de l'ordre du *Particulier* ou du *Singulier*. Nous distinguerons donc ces dimensions de la dimension *Universelle* (les grands principes), pour dévoiler comment elles peuvent entrer en conflit sur le terrain de la solidarité internationale.

---

<sup>6</sup>. Expression souvent reprise par J. Faucher. Chercheur en bio-éthique, médecin, prêtre.

Dans la troisième partie, nous étudierons des concepts de base, des outils pour éclairer la place de la sage-femme humanitaire. Nous proposerons une éthique de terrain car en définitive, dans l'expérience humanitaire, tout se met à bouger. L'*Universel*, le *Particulier* et le *Singulier* deviennent pluriels dans cette expérience de « soi-même comme un autre »<sup>7</sup>.

### **Première partie : L'humanitaire entre *Esthétique* et *Universel***

Comme pour tout acteur de l'humanitaire et du développement, il nous faudra commencer par définir les motivations qui poussent à s'engager dans une action de solidarité internationale. Parfois basées sur un profond désir d'humanisme (*l'Universel*), héritage de nos sociétés occidentales, les motivations du départ sont aussi teintées de romantisme (*l'esthétique*) à l'image du voyage initiatique. Pour autant, ces initiatives ne sont pas à l'abri d'erreurs et de dérives, aspect critique qu'il est important de souligner. Face à cela, l'humanitaire doit répondre à de nouvelles exigences en matière de qualité. Il doit également se confronter à de nouveaux enjeux comme la professionnalisation ou la coexistence de l'humanitaire d'urgence et humanitaire de développement, perspectives qui posent des questions éthiques.

#### **1.1 Pourquoi voulons-nous partir "aider", "développer",... les pays du Sud ?**

Tout d'abord, nous allons évoquer le témoignage d'une sage-femme française partie avec MDM lors du Tsunami historique du 26 décembre 2004 en Indonésie. Ensuite nous tenterons d'analyser ce récit pour comprendre ses motivations. Nous évoquerons aussi celles des autres acteurs de la solidarité internationale pour en cerner les différences. Le but est de dégager les idéaux qui motive le départ et qui peu à peu évoluent avec la professionnalisation de l'humanitaire.

---

<sup>7</sup> . Paul Ricœur. *Soi-même comme un autre*. Seuil 1990.

### 1.1.1 Témoignage : Anouk, sage-femme de retour d'Indonésie

« Je travaille à Marseille dans un grand hôpital de médecine périnatale. Pendant des années je me suis occupée d'enfants prématurés et de bébés mal formés. Au bout d'un certain temps j'avais besoin d'une coupure et de me motiver davantage dans mon parcours professionnel. » « Ça a été une expérience très enrichissante, tant sur le plan professionnel que humain. Quand je suis arrivée sur place il n'y avait aucun projet maternité. La majorité des sages-femmes indonésiennes étaient mortes et celles qui avaient survécu manquaient de matériel et parfois d'une vraie formation médicale. »

Les semaines qui suivent le Tsunami, Anouk assure des consultations. Son constat révèle immédiatement qu'un projet plus centré sur la maternité et surtout sur le long terme s'impose dans ce pays où les gens ont tout perdu d'un seul coup. « Il ne faut pas oublier que l'Indonésie est un pays musulman et que les problèmes d'ordre gynécologique ou obstétrical restent du domaine des femmes. Lancer un programme de formation auprès des sages-femmes locales était certainement la meilleure chose que nous puissions faire pour ces femmes. »

En 11 semaines Anouk instruit les sages-femmes indonésiennes sur l'anatomie, la contraception, le suivi de grossesse, le dépistage pathologique, l'accouchement..., elle leur confie une sacoche de l'UNFPA (le fond des Nations-Unies pour les Populations) et un kit comportant : un mètre ruban, un stéthoscope de Pinard, des compresses, des gants, des suppléments en fer, savon, cordelettes pour l'accouchement. Elle travaille sans pause pour organiser, réunir, cibler ses enseignements : « Je prenais un jour de congé tous les dix-huit jours. C'était prenant mais tellement satisfaisant. Ma relation à ces gens, je ne l'oublierai jamais. Et mes rapports avec l'équipe ici de Médecins du Monde non plus. »

Après son retour, elle évoque la pérennisation de l'action menée : « Maintenant il faut penser à la suite, à assurer une continuité en ce qui concerne la médecine périnatale. Depuis que je suis revenue en France, notre équipe réclame la présence d'une autre sage-femme disponible pour poursuivre mon chemin »<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup>. Anouk. Témoignage. Médecins Du Monde [consulté le 05/01/07]. Disponible à partir de : <[http://www.medecinsdumonde.org/terrain/temoignages/anouk\\_indonesie\\_2005](http://www.medecinsdumonde.org/terrain/temoignages/anouk_indonesie_2005)>.

## 1.1.2 Analyse du témoignage

Si nous analysons la motivation d'Anouk, sage-femme partie avec MDM, nous constatons que sa motivation première n'est pas d'être utile, mais bel et bien d'avoir « besoin d'une coupure et de se motiver davantage dans son parcours professionnel ». Voilà une préoccupation singulière qui suscite notre attention.

### 1.1.2.1 Sage-femme française : une profession et pas un métier

En premier lieu, la notion d'utilité n'est pas mentionnée ici, car on suppose que sa profession en Occident est utile ou du moins qu'Anouk ne ressent pas de défaut d'utilité à sa profession. Le terme même de profession et non pas de métier a ici un rôle central. En effet, comme la profession médicale, la profession de sage-femme possède un cadre réglementaire interne fortement développé et reconnu par les pouvoirs publics. C'est là un concept en harmonie avec la défense et la promotion des droits humains à condition que les organismes professionnels et les praticiens individuels respectent les normes sur lesquelles le « contrat » est fondé. Le professionnalisme de la sage-femme a été défini en fonction de ce qu'elle fait, de ce à quoi elle aspire, des qualifications qu'elle détient et de ses relations avec les autres professionnels de santé<sup>9</sup>.

C'est par là même que la question de l'utilité se retrouve mise à l'écart dans les motivations au départ. Le travail de la sage-femme est déjà utile sur le terrain et déjà construit socialement par une déontologie propre<sup>10</sup> (ce qui n'est pas le cas de la sage-femme traditionnelle qui, elle a un métier, une reconnaissance sociale mais pas une profession au sens occidental). Cela lui confère une place toute particulière au sein de la solidarité internationale.

---

<sup>9</sup>. Amnesty International France. Prendre soins des droits humains. Campagne de diffusion à l'étude.

<sup>10</sup>. Code de Déontologie des Sages-Femmes.

### 1.1.2.2 Le discours reflète l'action

C'est aussi le discours que l'on tient quand on parle d'humanitaire, qui reflète des décalages. Anouk nous dit : « Quand je suis arrivée sur place il n'y avait aucun projet maternité. » "Projet maternité", voilà des termes parfaitement occidentaux, et on se demande alors comment « imposer » cela à une culture différente, qui ne l'avait pas conceptualisée, ni accréditée, ni certifiée...

De même, Anouk témoigne du manque « d'une vraie formation médicale », à propos des sages-femmes traditionnelles. Mais pourquoi évoquer cela alors que ces pays n'ont peut-être pas de système de santé ? Anouk souhaite d'autre part « lancer un programme de formation », mais son travail, qui ne sera jamais celui de la sage-femme traditionnelle, et elle le dit elle-même, consiste à « organiser, réunir, cibler ses enseignements ». Elle a plutôt un regard de gestionnaire, de coordinatrice. L'enjeu est ici de ne pas sombrer dans la dimension stricte du *Particulier*.

Mais deux idées primordiales doivent être retenues. D'abord le souci de la continuité de l'action une fois passé le temps de l'urgence, dans le respect de cultures. Et l'engouement pour un travail d'équipe si particulier (si authentique ?), et si éphémère ("continuez à agir mais sans moi").

### 1.1.3 Aider sans partir : une perspective « moderne »

La place de la sage-femme n'est peut être pas celle que l'on imaginait lorsque l'OMS déclare que « la sage-femme a beaucoup à apporter à la mise au point et à l'application d'une politique de santé. C'est vrai au niveau local, national et international ». L'OMS reconnaît que les sages-femmes sont sous-représentées en son sein et que leur point de vue lui fait défaut<sup>11</sup>.

Sans renoncer à l'évolution d'une profession on peut se demander comment cette nouvelle sage-femme « technocratique », pourra être aussi proche des gens

---

<sup>11</sup> . OMS. « Des mécanismes seront créés ou renforcés pour faire en sorte que l'expertise des sages-femmes soit intégrée à l'élaboration des politiques et programmes de santé à tous niveaux, notamment à ceux de l'OMS ».

qu'auparavant, rester « humanitaire ». Prendra-t-elle en compte seulement l'*Universel*, ou reconnaîtra-t-elle le *Particulier* d'une conception occidentale de son intervention et les situations particulières des cultures rencontrées ?

#### **1.1.4 Des motivations qui évoluent et qui s'uniformisent ?**

Les témoignages retrouvés évoquent très majoritairement notre propre ego mais surtout notre culture, parfois accusée de paternalisme. C'est avant tout un choix personnel que de partir. Une envie de rencontre, qui nous renvoie à notre propre histoire. Nous avons envie de participer à construire un monde plus en adéquation avec nos aspirations profondes de justice et d'égalité, cela nous renvoie à notre culture, à notre désir d'humanité et d'*Universel*.

Il y a bien sûr aussi une part de déculpabilisation. Nous savons que l'Occident, est en partie à l'origine de la situation désastreuse actuelle. Les guerres tuent maintenant des civils en nombre. Cependant, la notion de responsabilité est à prendre en compte au jour le jour, à travers notre savoir-être, notre comportement de consommateur, de citoyen. Tout peut être remis en question dès que l'on considère l'impact sur ceux qui subissent notre mode de vie en Occident et ailleurs.

Chacun a besoin de se sentir estimé par les autres. Nous voulons montrer que nous faisons du "bien". Mais le montrer à qui ? A notre famille, nos amis ? A ceux que l'on prétend aider ? C'est de morale dont nous parlons ici, ou même de religion. Mais ce type de motivation à l'engagement n'est pas majoritaire aujourd'hui.

Fondamentalement la notion qui revient le plus souvent pour expliquer les motivations de départ, c'est la quête "d'utilité" (ce qui n'est pas toujours vrai pour les sages-femmes, nous l'avons vu). Chacun d'entre nous a besoin de donner un sens à ses actions. En travaillant dans le domaine du "développement" nous avons l'impression que nous allons enfin être "utiles". Ceci est une motivation quasi unanime des humanitaires non-médicaux<sup>12</sup>. Nous sommes encore dans le

<sup>12</sup>. Brochure enquête VSI. IPSOS [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :

registre de l'*Universel*, des grandes valeurs philosophiques ou religieuses.

Beaucoup mettent en doute le désintéressement de l'engagement humanitaire. Nous voudrions "aider" d'abord parce que cela nous fait plaisir. N'est-ce pas normal de vouloir faire quelque chose où on "s'éclate" ? Vouloir partir "aider", c'est donc à la fois un besoin personnel et une envie, d'autant que voyager est de plus en plus accessible, pour les occidentaux en tout cas. Mais pourquoi partir aider si loin de chez soi, alors qu'il y a des personnes qui vivent dans des situations très difficiles à côté de chez nous ?<sup>13</sup>

On peut évoquer l'aspiration à la rencontre interculturelle, la recherche de l'exotisme, l'envie de découvrir d'autres modes de vie, de pensées. On retrouve ici tout le débat qui consiste à qualifier l'humanitaire médical d'« amateurisme romantique »<sup>14</sup>. Mais pourquoi ne pas aller se dépayser dans un hôpital de Chicago dans un pays qui compte 50 millions de pauvres ; on peut aussi aider, mais c'est moins exotique. Pourtant, comme en France, les professionnels soignent de plus en plus des autres venus d'ailleurs.

Ce désir d'exotisme, en fait d'authenticité, est certainement une réaction à trop d'abstrait, ou de virtuel dans notre monde. C'est pourquoi ces destinations attirent. Ici, les motivations sont toutes aussi romantiques qu'avant, mais peut être plus individualistes. Ici nous sommes dans ce que pourrait-être une quatrième dimension à notre schéma éthique : « *l'Esthétique* » ou le « beau ». C'est la parole du poète, de l'amoureux, de l'artiste, ou dans le cas présent, la motivation de l'« amateur romantique ». Comme si sa motivation au départ se situait autour du voyage initiatique, du rite de passage. Cela pour donner du Sens comme le dirait Claude Lévi-Strauss.

Ainsi, on pourrait avancer que dans le cas d'Anouk, et malgré les meilleurs de ses sentiments (*l'Universel*), c'est dans *l'esthétique* (le romantisme) que l'on se

[http://www.coordinationsud.org/IMG/pdf/Brochure\\_enquete\\_VSI.pdf](http://www.coordinationsud.org/IMG/pdf/Brochure_enquete_VSI.pdf)

<sup>13</sup>. Gynécologues Sans Frontière. La précarité des femmes en France [consulté le 25/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.gynsf.org/lettres/Dossier%20de%20Presse%208%20mars%202006.pdf>

<sup>14</sup>. Professeur Dominique BAUDON Directeur du Centre Européen de Santé Humanitaire Professeur Marcel MERLIN. Exigences, enjeux et défis de l'Humanitaire. Doc. n° 81/CESH/ENS/2004 [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.cesh.org/formation/documentspedagogiques/docspdf/exigenjeuxdefishum.pdf>

situe. Non pas que ce soit péjoratif, mais c'est bel et bien cette force poétique qui l'a poussé à s'engager. D'ailleurs, elle est capable de « prendre là-bas un jour de congé tous les dix-huit jours ». L'aurait-elle seulement fait en France pour un salaire deux fois supérieur ? Le registre de la motivation à s'engager est alors très puissant, très riche. Il allie la pulsion d'humanité, d'humanisme donc d'*Universal* à un autre besoin ici mystérieux, celui du voyage initiatique. Or, cette situation n'est vérifiable que lorsqu'on a le statut de bénévole ou de volontaire, c'est-à-dire via une association avec un engagement militant. De nos jours, la solidarité internationale s'organise en s'institutionnalisant (OMS, UNFPA, UNICEF...) ; certains auteurs voient là une étrange idée que de faire perdurer un système qui devraient disparaître ou ne pas exister (comme les Restos du Cœur par exemple).

### **1.1.5 La professionnalisation ou la fin de « l'amateurisme romantique »**

Le paysage des motivations change avec la professionnalisation de l'humanitaire, le retour à un humanitaire d'Etat et les actions civilo-militaires. C'est une forme de réponse moderne aux dérives de l'humanitaire que d'en faire un métier comme tous les autres, ou pourquoi pas une profession comme toutes les autres. Ainsi, la question de la motivation ne se pose plus vraiment si le caractère associatif disparaît au profit de l'institutionnalisation ; au diable le voyage initiatique, le romantisme. Certains auteurs voient un humanitaire de demain encore plus bipolarisé entre une bureaucratie alibi et une efficacité de terrain qui reste à réinventer<sup>15</sup>. D'où la place toujours plus importante que prendra l'éthique dans l'avenir, pour contrer les grands principes et se rapprocher de son essence : le terrain, la pratique de tous les jours<sup>16</sup>. Mais elle ne pourra pas tout expliquer car mirée par la politique et le juridique.

Aussi, comme cela est déjà arrivé dans l'histoire et nous allons l'aborder, les dérives sont nombreuses et retentissantes. Elles pénalisent alors la crédibilité de l'humanitaire, et l'impact de l'*Universalité* de Droits De l'Homme dont l'occident est si fier.

---

<sup>15</sup>. Lire à ce propos : Penser dans l'urgence. Rony Braumann. Seuil 2006

<sup>16</sup>. Lire à ce propos : Humanitaires. Olivier Weber. Le félin 2003



## **1.2 La mise à mal des principes de l'humanitaire**

### **1.2.1 Les principes bafoués dans l'histoire**

La pensée humanitaire est en elle-même une éthique, dans le sens où elle se dirige vers l'assistance, le secours, l'aide à l'homme qui souffre, sans aucune discrimination de race, de politique, de religion ou de philosophie. Lorsqu'elle concerne les sages-femmes, elle respecte de plus l'éthique médicale définie dans le serment d'Hippocrate mais peut s'engager aussi à témoigner lorsqu'on porte atteinte à la dignité de l'homme ou que l'on cache l'horreur, et se refuser à couvrir l'oppression et la torture (Médecins du Monde, 1985)<sup>17</sup>. Mais il lui a fallu se constituer une éthique propre dont les principes se retrouvent dans les chartes des grandes organisations humanitaires : une éthique de la générosité, une éthique de la responsabilité, une éthique fondée sur les droits de l'homme et une morale puis un droit-devoir de l'ingérence.

Médecine et humanitaire, ne paraissent pas antinomiques voire relèveraient plutôt de principes similaires et pourtant ... au fil du temps, on s'aperçoit que surviennent contradictions troublantes, dérives imprévues voire effets pervers parfois inavouables. On verra donc comment au nom des grands principes qui fondent l'humanitaire, il peut exister une tension entre les bonnes intentions et la réalité. L'histoire toute contemporaine de la solidarité internationale est sur ce point riche d'enseignements. Certes l'action médicale effectuée dans les pays en voie de développement ne résume pas à elle seule l'action humanitaire : il serait dommage d'occulter par exemple les autres actions de développement (agricole, social, scolaire etc.) et le travail énorme effectué dans les pays du nord (cf les Enfants de Don Quichotte, les Restos du Cœur...). Nous ne parlerons également que de l'aide apportée par les ONG : l'aide publique au développement joue de même un rôle, au moins en théorie puisque seule une infime partie de ce « trésor » arriverait à la population officiellement ciblée.

---

<sup>17</sup> . MDM. Additif proposé au serment d'Hippocrate. Tiré de « Médecine Humanitaire ». Lebas J. Flammarion 1994

### 1.2.1.1 Le secret médical

L'action humanitaire peut être confrontée à ce grand principe. Très tôt, au Biafra, les french-doctors (médecins français), qui allaient fonder MSF (Médecins Sans Frontières), se sont trouvés confrontés à ce dilemme : doit-on respecter Hippocrate et du coup ne rien dire ou doit-on au contraire renier ce serment et dénoncer les exactions dont on est témoin lors de l'exercice médical ?<sup>18</sup> S'affrontent donc ici la dimension *Universelle* et la dimension *Particulière* (les valeurs). La tension y est évidente et la décision face à ce dilemme est parfaitement éthique et de l'ordre du *Singulier*.

### 1.2.1.2 Le principe de neutralité

« Je ne te demande pas quelle est ta race ou ta religion, je te demande quelle est ta douleur » disait Louis Pasteur<sup>19</sup>. Est-il possible de soigner les gens dans un conflit sans prendre parti pour l'un des deux camps ?, En relisant l'historique de l'action humanitaire, il est bien difficile de répondre à cette question par une affirmation univoque. Deux écueils sautent aux yeux : l'utopie et l'hypocrisie. Ce principe de neutralité est en franche opposition avec celle de droit et de devoir d'ingérence érigée comme en dogme par l'un des fondateurs du sans-frontiérisme<sup>20</sup>. L'utopie, et l'hypocrisie décrites ici pourraient correspondre à l'oubli, ou à la minimisation des autres dimensions du schéma que nous proposons (annexe 1). Le débat éthique est ici ouvert.

---

<sup>18</sup>. MSF. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :

<sup>19</sup>. Espace éthique [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :  
<[http://www.espace-ethique.org/fr/result\\_biblio.php?MM\\_search=dossier&k\\_sg4\\_fk=10-21-&search=Chercher+ce+dossier](http://www.espace-ethique.org/fr/result_biblio.php?MM_search=dossier&k_sg4_fk=10-21-&search=Chercher+ce+dossier)>

<sup>20</sup>. Rony Brauman. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :  
<<http://www.msf.fr/documents/base/1998-02-07-Brauman.pdf>>

## 1.2.2 Les dérives perdurent

### 1.2.2.1 L'instrumentalisation

L'instrumentalisation (géo)politique et le risque collaborationniste guettent toute action humanitaire. Ceci est vrai pour les pays du sud où les ONG font involontairement le jeu d'un gouvernement sur le plan promotionnel comme au Tchad en 1982<sup>21</sup> et même sur le plan militaire comme en Ethiopie en 1985<sup>22</sup>. Ce peut être sanglant et en tout cas sans gloire lorsque l'action humanitaire fait office de service de renseignement, de relais financier, de leurre pour justifier un non-engagement armé, voire comme au Rwanda d'écran de fumée pour masquer une action militaire<sup>23</sup>.

### 1.2.2.2 Le prosélytisme

Lorsque l'on considère certains sigles d'ONG, ce type d'action ne peut-il être perçu comme une énième croisade, « du bien contre le mal » ? Le vocable de missionnaire est explicite mais dans ce cas tendancieux : « Quand les Blancs sont arrivés, nous avions les terres, ils avaient la Bible. Ils nous ont appris à prier les yeux fermés. Quand nous les avons rouverts, nous avions la Bible, ils avaient les terres » disait Jomo Kenyatta, pionnier de l'indépendance du Kenya<sup>24</sup>. Après le glaive et le goupillon, certains peuples auraient de bonnes raisons de se méfier du bistouri...

---

<sup>21</sup>. Amnesty International. Guide [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : [http://www.web.amnesty.org/aidoc/aidoc\\_pdf.nsf/index/AFR200042001french/\\$File/AFR2000401.pdf](http://www.web.amnesty.org/aidoc/aidoc_pdf.nsf/index/AFR200042001french/$File/AFR2000401.pdf)

<sup>22</sup>. MSF. Actu [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.msf.fr/site/actu.nsf/actus/msfen1984>

<sup>23</sup>. Rony Brauman [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.msf.fr/documents/base/1994-06-30-Brauman.pdf>

<sup>24</sup>. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : [http://www.africawithin.com/kenyatta/kenyatta\\_bio.htm](http://www.africawithin.com/kenyatta/kenyatta_bio.htm)

### 1.2.2.3 L'ingérence culturelle

En exportant notre culture médicale, le risque est grand de considérer celle-ci comme étant la seule valable. Rappelons que bien d'autres civilisations que l'occident ont contribué à cette « mise au point », loin s'en faut. Rappelons également Lévi Strauss<sup>25</sup> qui fait de la diversité un des principes incontournables du progrès – au sens vrai du terme. De même, nous n'avons probablement pas le droit d'imposer notre éthique sur le seul argument que nous la jugeons universelle. Ce point est parfois très douloureux lorsque l'on voit un groupe sacrifier plus pour un père que pour un enfant car c'est le père qui nourrit la famille, plus pour un « vieux » (terme de respect en Afrique Noire) car c'est lui le détenteur de la connaissance et de la sagesse, le garant de la cohésion sociale. Certaines questions sont troublantes comme celle de savoir si l'on a le droit de refuser le « progrès », d'autres font frémir comme par exemple celle de l'universalité des droits de l'homme.

### 1.2.2.4 Le devoir de réserve

C'est un des devoirs de la sage-femme<sup>26</sup>. Nous avons évoqué cet enjeu à l'occasion du problème du témoignage, nous le retrouvons ici avec les mêmes personnes et il fut un temps où l'on vit plus d'images de sacs de riz sur les côtes somaliennes que de flaques de pétrole sur les plages landaises. Si pour certains, le one-human-show ne semble pas avoir droit de cité dans le monde de l'humanitaire<sup>27</sup>, il semble inévitable d'y recourir pour frapper les consciences.

### 1.2.2.5 L'argent

Un des principes de l'aide humanitaire est le « désintéressement »

---

<sup>25</sup>. Académie française. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.academie-francaise.fr/immortels/base/academiciens/fiche.asp?param=647>>

<sup>26</sup>. Ordre des sages-femmes [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/deonto/codedeontonew.pdf>>

<sup>27</sup>. Oui. Net [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.oui.net/fac/recherche/tropetiq/sommaire.htm>>

financier. Or, avec le temps, on s'aperçoit que cette action a un coût et se trouve posé le problème de l'évaluation de ce fameux rapport coût-efficacité. C'est ainsi que dans certains cas, il coûte moins cher de guérir que de prévenir ! Cette réflexion renvoie aussi à ce principe d'utilitarisme (John Stuart Mill au XIX<sup>ème</sup> siècle<sup>28</sup>) qui préconise des choix sanitaires privilégiant le groupe plus que la personne en ne soignant, par exemple, que les patients contagieux. Il fut également parfois inopportun pour raison financière de remettre en cause des choix diététiques préconisant des rations plus adaptées aux régimes amincissants qu'à une dénutrition profonde. Le problème de l'argent soulève celui du financement des ONG. Aucun des généreux donateurs ne contribue à hauteur de 20% du financement du PHANS<sup>29</sup>. C'est tant mieux d'après Rony Brauman, ancien président de Médecins Sans Frontières, qui voit là une condition indispensable à l'indépendance d'une ONG. Le montant colossal du budget des grosses organisations a entraîné leur professionnalisation, c'était nécessaire. Ceci a eu plusieurs corollaires :

- Le bénévolat des « missionnaires » a été remis en question et il paraît effectivement difficile de l'imposer lors de missions longues de quelques mois ou plusieurs années.

- Les émoluments des responsables des grosses ONG<sup>30</sup>.

- Les campagnes-choc se sont succédées avec guerre des fanions devant les caméras pour apitoyer les donateurs privés et rassurer les bailleurs de fonds (organismes publics distribuant de l'argent aux organisations privées) en faisant volontiers l'impasse sur la dignité humaine.

#### 1.2.2.6 Le frein au développement

Il paraît inconcevable que l'aide humanitaire se solde par un frein au

---

<sup>28</sup>. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.universalis.fr/corpus-encyclopedie/17/M120591/encyclopedie/MILL\\_J\\_STUART\\_.htm](http://www.universalis.fr/corpus-encyclopedie/17/M120591/encyclopedie/MILL_J_STUART_.htm)>

<sup>29</sup>. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.phans.asso.fr/>>

<sup>30</sup>. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.phans.asso.fr/Documents/%20partages/Bulletins/Bulletin7.pdf>>

développement. Et pourtant, les exemples sont nombreux : abandon de projet en cours, substitution empêchant l'autonomisation d'un système de soins, concurrence avec les systèmes sanitaires locaux, entretien d'un trafic de médicaments. C'est notamment pour éviter ces écueils que l'initiative de Bamako a vu le jour en 1987<sup>31</sup>.

### 1.2.3 Le paradoxe de l'action de l'humanitaire

Le paradoxe de l'action humanitaire est donc de se situer souvent à l'interface de principes d'éthique médicale censée protéger les personnes et les sortir de leur misère, mais qui en définitive peuvent freiner le développement. et nous en avons abordé les différents problèmes. Entre grands principes et leurs conséquences apparaissent finalement des tensions et des déséquilibres entre les dimensions que nous proposons. L'histoire et l'actualité sont indispensables pour connaître les nouvelles exigences et les nouveaux enjeux de l'humanitaire.

## **1.3 Les exigences et les enjeux de l'humanitaire**

L'action humanitaire internationale est soumise à des exigences qui sont d'ordre éthique, juridique, politique, technique et médiatique qui sont toutes sources de débat. L'humanitaire d'aujourd'hui est en nette mutation. Nous retiendrons deux de ses grands enjeux, la co-intrication de l'humanitaire d'urgence et de développement, et la professionnalisation. Nous soulignerons le souci de réflexion éthique proposé par les organisations et les controverses suscitées.

### **1.3.1 Les exigences de l'humanitaire**

En premier lieu, la réflexion éthique menée par les organismes humanitaires ces dernières années est axée, d'une part, sur la qualité, la

---

<sup>31</sup>. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=1&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1&dopt=Abstract)>

transparence et le sens de l'action, et d'autre, part sur l'évaluation, les normes, les références, les codes de conduite<sup>32</sup>. Les humanitaires discutent vivement le fait de soumettre leur action à une évaluation indépendante, afin d'être reconduits dans leur autorisation et leur accréditation auprès des bailleurs de fonds ou des organisations étatiques. L'esprit commun aux ONG et à la communauté internationale, s'engage à défendre certains principes dit impératifs, cela au nom de l'histoire.

### 1.3.1.1 Des principes impératifs

Bien que l'humanitaire soit très loin de se résumer à l'action médicale, certains principes de l'éthique médicale sont spontanément adoptés par les humanitaires, en particulier l'obligation de ne pas nuire<sup>33</sup> et l'obligation de moyens<sup>34</sup>. Cela aboutit à la formulation des principes de bienfaisance, de non préjudice, d'autonomie et de justice. Les personnes secourues se trouvant en état de dépendance par rapport aux personnels humanitaires, il est rappelé à ces derniers l'obligation du respect de la confidentialité, de la dignité, du libre arbitre, la nécessité d'informer pour recueillir ensuite un consentement éclairé, le souci d'éviter les attitudes de paternalisme et de culturo-centrisme.

### 1.3.1.2 L'obligation de soins : de la neutralité au devoir d'ingérence

Dans les années soixante, par analogie avec l'obligation de soins chère à l'éthique médicale, est née la notion d'obligation d'intervention humanitaire dès que des populations subissent les effets d'une crise. De cette obligation devait découler la notion de devoir d'ingérence humanitaire<sup>35</sup>. Nous verrons qu'elle ne

---

<sup>32</sup>. Ziegler C. Guide synergie qualité, pour des actions humanitaires de qualité [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.coordinationsud.org/spip.php?article1945>>

<sup>33</sup>. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/html/5GWJAR>>

<sup>34</sup>. [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.urd.org/fichiers\\_urd/projqual/rechmeth/evaluat.pdf](http://www.urd.org/fichiers_urd/projqual/rechmeth/evaluat.pdf)>

<sup>35</sup>. UNESCO [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.unesco.org/courier/1999\\_08/fr/ethique/txt1.htm](http://www.unesco.org/courier/1999_08/fr/ethique/txt1.htm)>

s'est pas traduite au plan juridique par la formulation d'un droit d'ingérence. Ce devoir d'ingérence est constamment associé, pour les ONG sans-frontiéristes<sup>36</sup>, au devoir de témoigner (« *Témoigner est la seule exigence qu'on est en droit d'attendre des porteurs de secours...* » M. Bettati<sup>37</sup>).

Tous les organismes humanitaires ne se rejoignent pas à ce sujet, puisque le CICR a fait le choix inverse, allant jusqu'à obtenir une dérogation lui permettant de ne pas témoigner devant le Tribunal Pénal International (TPI), afin de préserver totalement sa réputation de neutralité qui lui garantit un accès à toutes les populations affectées par une crise.

### 1.3.1.3 Une éthique de l'évaluation controversée

Cette obligation éthique d'évaluation s'opposerait pour certains à d'autres principes éthiques : l'indépendance, la neutralité, l'impartialité. Différents projets d'évaluation indépendante cristallisent pour l'instant la tension entre tenants et adversaires de cette conception de l'éthique humanitaire. On peut citer, à titre d'exemple : *Ombudsman*<sup>38</sup>, *Sphere*<sup>39</sup>, *Evaluation article 20 d'ECHO*<sup>40</sup>.

### 1.3.1.4 L'humanitaire : démarche de santé publique et outil de prévention des conflits

L'intrication de normes d'une valeur juridique, le deuxième enjeu (DIH, droit international), éthique (médicale, militaire), politique (résolutions) ou coutumière selon les cas, induit souvent des confusions, notamment à propos de la notion, supposée acquise par l'opinion publique mal informée, d'un droit d'ingérence humanitaire. Nul ne peut se soustraire aux exigences techniques : l'action

---

<sup>36</sup>. Dauphine [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :  
<<http://www.dauphine.fr/globalisation/doucin.pdf>>

<sup>37</sup>. Oxford journal [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :  
<http://rsq.oxfordjournals.org/cgi/content/citation/7/1/76>

<sup>38</sup>. Sphere [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :  
<[http://www.urd.org/fichiers\\_urd/pole\\_dactivites/recherche/sphere/platform.pdf](http://www.urd.org/fichiers_urd/pole_dactivites/recherche/sphere/platform.pdf)>

<sup>39</sup>. Sphere project [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :  
<<http://www.sphereproject.org/french/handbook/index.htm>>

<sup>40</sup>. UE [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :  
<[http://ec.europa.eu/echo/information/strategy/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/echo/information/strategy/index_fr.htm)>



humanitaire ne peut se concevoir que dans une optique de santé publique, au sens le plus global du terme<sup>41</sup>. De plus, l'action humanitaire ne peut exister sans une logistique étoffée, et la logistique a un poids financier. On aboutit alors à un marketing humanitaire, pourtant la notoriété médiatique des organisations humanitaires conditionne dans une large mesure, le recueil des fonds indispensables à leur fonctionnement et à leur survie. La politique instrumentalise l'humanitaire, d'où l'émergence de ce courant de pensée qui préconise l'intégration cohérente de l'action humanitaire aux réponses politiques et militaires, allant jusqu'à faire de cette intégration un outil de prévention des conflits dans le monde.

### **1.3.2 Les enjeux de l'humanitaire**

#### 1.3.2.1 Humanitaire d'urgence et de développement doivent coexister

L'urgence, c'est avant tout l'action sanitaire et l'aide alimentaire s'appuyant sur une logistique lourde. La gratuité des biens et des services fournis est alors la règle. Dans ces conditions extrêmes, l'accord des gouvernements est rarement recherché (quand il n'est pas délibérément ignoré au nom de l'ingérence), et la collaboration avec l'administration et les organisations locales est peu explorée.

Le développement est une approche globale touchant tous les aspects de la vie quotidienne : adduction d'eau, structures foncières, habitat, circuits bancaires et commerciaux, débat démocratique... La participation financière (même modeste) des populations concernées est ici demandée. L'appui des pouvoirs publics locaux, des instances coutumières et des organisations locales est indispensable à une action qui s'inscrit dans la continuité et ne sera pertinente que si elle est conduite par les personnes concernées.

---

<sup>41</sup>. Bioforce. Doc [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : [http://www.bioforce.asso.fr/documentation/bs\\_francais.pdf](http://www.bioforce.asso.fr/documentation/bs_francais.pdf)

### 1.3.2.2 Les sommes en jeu exigent-elles une professionnalisation ?

Les actions humanitaires exigent des soutiens financiers de plus en plus conséquents, et les bailleurs de fonds réclament des garanties en termes d'efficacité et de compétence ; le professionnalisme est né.

Les années 70 furent celles du « sans-frontiérisme », des « French doctors », marquées par un amateurisme teinté de romantisme et par une nette dominante médicale et paramédicale parmi les personnels humanitaires.

Les années 80 furent la décennie de l'urgence (Cambodge, Mer de Chine, Afghanistan, Ethiopie), où la nécessité d'intervenir dans des crises de plus en plus fréquentes et sévères, jointe à l'acquisition progressive d'expérience, poussèrent à la spécialisation (importance croissante des logisticiens, des administratifs, des juristes) et à une régression du corporatisme médical.

Désormais l'humanitaire offre peu de perspectives de longues carrières professionnelles (en dehors de quelques organismes internationaux et du noyau dur administratif des ONG). Mais on demande de plus en plus aux acteurs de terrain d'acquérir une formation professionnelle spécifique à l'humanitaire, qui vient compléter leurs acquis professionnels antérieurs (qu'ils soient administratifs, logisticiens, médecins, paramédicaux, juristes, commerciaux). Une organisation humanitaire sérieuse a le devoir de se doter d'une ressource humaine suffisante aux plans quantitatif (réserve mobilisable) et qualitatif (compétence). Les actions humanitaires exigent des soutiens financiers de plus en plus conséquents, et les bailleurs de fonds réclament des garanties en termes d'efficacité et de compétence. On aboutit à des démarches similaires à l'accréditation. Ce sont des projets comme Sphere et Ombudsman. L'humanitaire nécessite une compétence professionnelle, et l'Etat s'y intéresse de plus en plus (ingérence, influence, espionnage).

### 1.3.3 Du romantisme ou de l'idéalisme à la professionnalisation

Si c'est pour des raisons esthétiques ou idéalistes que des professionnels s'engagent dans l'humanitaire, ils sont très vite confrontés aux changements

imposés, par les crises et les urgences du terrain, aux réponses de la solidarité internationale. La professionnalisation des métiers de l'humanitaire est devenue le quotidien des ONG, au nom de ce que nous pourrions appeler une « démarche qualité humanitaire », devenu quasi grand principe de référence. La prise en compte de la culture particulière de l'autre s'impose comme étant de plus en plus nécessaire.

## **Deuxième partie : Des conflits entre les Particuliers**

S'immerger dans les "Périnatalités En Développement", c'est aussi évoquer des images concrètes et parfois tragiques. Des guerres ou des conflits détruisent ou déséquilibrent des peuples entiers ; la maternité, la mère et l'enfant peuvent être mis en péril. Des indicateurs précis nous sortent des clichés romantiques et nous montrent l'ampleur du problème (taux de mortalités maternelle et infantile, accès aux soins et à la contraception). Il n'est pas évident pour des occidentaux de percevoir à la fois les conséquences gravissimes de la pauvreté sur la périnatalité et la pertinence de bon nombre des réponses traditionnelles ou coutumières. Ces peuples que nous qualifions trop vite de pauvres, brimés, ou déplacés, trouvent dans leurs traditions des réponses pour survivre. Les ONG adaptent leurs projets aux situations rencontrées en essayant de ne pas trop transiger sur les grands principes qui guident leur action.

### **2.1 La Pauvreté tue !**

Ce n'est pas nouveau mais on ne le dira jamais assez. Malgré des objectifs ambitieux formulés par l'OMS pour la réduire, la femme et l'enfant en sont des victimes, par bien des aspects. La pauvreté tue, tue lentement, ou insidieusement, et nous allons le constater en étudiant les taux de mortalité maternelle et infantile ainsi que des indicateurs sur la fécondité, la contraception. Enfin, nous aborderons la question des réfugiés ou des déplacés, pour en dégager les conséquences dramatiques, occasionnées sur les communautés.

#### **2.1.1 Le rapport 2005 de l'OMS sur la périnatalité**

Le rapport 2005 de l'OMS<sup>42</sup> a souligné l'urgence à médicaliser la périnatalité dans le monde. Le développement des soins accompagnant les 130 millions d'accouchements annuels dans le monde a permis d'améliorer les chiffres

---

<sup>42</sup>. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005 [consulté le 22/02/2007].  
Disponible à partir de : <<http://www.who.int/whr/2005/fr/>>

de la périnatalité et a donc surtout profité aux pays à haut niveau sanitaire. En revanche, les résultats dans bon nombre de pays (toujours et encore) en voie de développement stagnent voire régressent. C'est surtout dans ces pays (Afrique) où le niveau de soins est moins avancé que meurent chaque année 529 000 femmes et 11 millions d'enfants avant leurs 5 ans (pour la plupart dans la première année de vie). Le risque pour une femme de perdre un nouveau-né au cours de sa vie est 25 fois plus élevé en Afrique que dans les pays développés.

L'objectif ambitieux fixé par l'OMS est de réduire de 75 % la mortalité maternelle et de 2/3 la mortalité infanto juvénile, un élément clé de cet objectif est la présence d'une accoucheuse qualifiée<sup>43</sup>.

### **2.1.2 La pauvreté et la santé**

Dans les pays les moins avancés, l'espérance de vie à la naissance est inférieure à 50 ans, contre 77 ans dans les pays riches<sup>44</sup>. Les pauvres sont plus exposés aux infections et aux risques de santé liés à l'environnement : telle est la conséquence d'occuper des logements impropres à l'habitation et surpeuplés, sans hygiène ni eau salubre, souvent dans des zones malsaines, que ce soit à la ville ou à la campagne. Pour les très pauvres, la faim est une réalité quotidienne. La malnutrition prédispose à la mauvaise santé et contribue à un taux élevé de mortalité maternelle. Les grossesses non désirées contribuent aussi à ruiner la santé des femmes. Les infections et les lésions liées à la grossesse et à l'accouchement font baisser leur productivité et leur qualité de vie.

Les pauvres voient dans la mauvaise santé un aspect de leur pauvreté. La mauvaise santé aggrave la pauvreté. La maladie est la cause la plus fréquemment citée par les nouveaux pauvres pour expliquer leur chute dans la pauvreté. Les pauvres ont un moindre accès aux services de santé que les plus aisés et cherchent moins souvent des soins quand ils en ont besoin. Les pauvres utilisent peu les services existants en raison de leur qualité médiocre. Même dans les systèmes de santé financés par le secteur public, une part plus importante des

---

<sup>43</sup>. GSF. Dossier de presse. Mars 2006 [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.gynsf.org/lettres/Dossier%20de%20Presse%208%20mars%202006.pdf>

<sup>44</sup>. OMS [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : [http://ftp.who.int/gb/pdf\\_files/WHA51/fa3.pdf](http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA51/fa3.pdf)

ressources va aux plus aisés. La mauvaise santé retarde la croissance économique. Le volume de la production perdue à cause de la mauvaise santé pourrait s'élever à environ 360 millions de dollars par an dans les pays en développement d'ici deux décennies<sup>45</sup>.

### **2.1.3 La maternité en danger**

Les complications survenant pendant et après l'accouchement sont une cause majeure de décès et d'invalidité pour les femmes des pays en développement<sup>46</sup>. En temps de crise, le risque de mortalité maternelle et infantile est encore plus élevé. Les femmes qui fuient les conflits ou sont déplacées par des catastrophes naturelles se voient souvent contraintes d'accoucher sans disposer des fournitures les plus strictement nécessaires pour le faire dans de bonnes conditions d'hygiène.

#### **2.1.3.1 Les femmes dans les guerres ou les catastrophes**

Les femmes ne cessent pas d'avoir des enfants quand les catastrophes surviennent. Dans les situations de crise ou les camps de réfugiés, une femme en âge de procréer sur cinq est enceinte<sup>47</sup>.

Les conflits et les catastrophes naturelles constituent de graves facteurs de risque pour ces femmes et leurs bébés, du fait de l'absence soudaine de soutien médical, à laquelle viennent s'ajouter très fréquemment les traumatismes, la malnutrition ou la maladie, et l'exposition aux violences. Les femmes déplacées par les conflits doivent parfois accoucher sur les routes de l'exode, sans disposer des articles les plus élémentaires qui leur permettraient de le faire dans de bonnes conditions d'hygiène. Les catastrophes naturelles peuvent d'une part détruire les centres médicaux et provoquer d'autre part des accouchements prématurés.

Dans les populations réfugiées ou déplacées, même dans un environnement relativement stable, le manque de planification familiale et de soins maternels

---

<sup>45</sup>. OMS. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :  
<[http://www.who.int/hdp/publications/mdg\\_fr.pdf](http://www.who.int/hdp/publications/mdg_fr.pdf)>

<sup>46</sup>. WHO [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :  
<<http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005fr2.pdf>>

<sup>47</sup>. War Child Canada [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :  
<[http://www.getloud.ca/fr/gpi\\_issues.asp?ID=14](http://www.getloud.ca/fr/gpi_issues.asp?ID=14)>

peuvent mettre d'innombrables femmes en danger. Les femmes qui meurent en couches laissent derrière elles des familles en détresse et les taux de mortalité et d'abandon scolaire chez leurs enfants survivants sont plus élevés que chez les autres<sup>48</sup>.

### 2.1.3.2 La mortalité maternelle et la pauvreté

Dans n'importe quel pays, les femmes pauvres sont beaucoup plus exposées que les femmes riches à mourir en mettant au jour. Les taux de mortalité maternelle font apparaître une plus grande inégalité entre pays riches et pays pauvres que tout autre indicateur de santé publique couramment utilisé, y compris les taux de mortalité infantile. La mortalité maternelle est fonction de l'accès aux ressources et de l'accès aux soins : les femmes qui deviennent enceintes dans les pays en développement affrontent un risque de décès maternel de 80 à 600 fois plus élevé que les femmes des pays développés<sup>49</sup>.

Le risque que court une femme, tout au long de sa vie, de mourir de causes liées à la maternité (grossesse, accouchement et complications qui y sont liées) est le suivant :

- ⊙ En Afrique, une fois sur 19 ;
- ⊙ En Asie, une fois sur 132 ;
- ⊙ En Amérique latine, une fois sur 188 ;
- ⊙ Dans les pays développés, seulement une fois sur 2 976 <sup>50</sup> ;

Le décès d'une mère est plus qu'une tragédie individuelle. Il peut avoir de graves conséquences, non seulement pour sa famille, mais aussi pour la communauté et l'économie. Quand la mère meurt, ses jeunes enfants courent aussi un risque accru de mourir.

Environ 500 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la

---

<sup>48</sup>. OVC Toolkit [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :

<<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/237384/toolkitfr/sector/multicountry5.htm>

<sup>49</sup>. UNICEF [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :

<[http://www.unicef.org/french/specialsession/about/sgreport-pdf/sgrep\\_adapt\\_part2a\\_fr.pdf](http://www.unicef.org/french/specialsession/about/sgreport-pdf/sgrep_adapt_part2a_fr.pdf)>

<sup>50</sup>. UNFPA [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :

<<http://www.unfpa.org/swp/2002/francais/ch5/page3.htm>>

maternité, et un nombre plusieurs fois supérieur souffrent de maladies et de lésions consécutives à la grossesse et à l'accouchement. Les pays en développement groupent 99 % de ces décès<sup>51</sup>. Ces différences dans le taux de mortalité maternelle résultent tant d'un risque plus élevé que du plus grand nombre de naissances dans les pays en développement. Il existe aussi de larges différences à l'intérieur de chaque pays. L'issue de la grossesse dépend de la santé et de l'âge de la mère, de son état nutritionnel, de la manière dont se sont déroulées ses grossesses antérieures et de l'espacement de la naissance des autres enfants, ainsi que des ressources à sa disposition, de son niveau d'éducation et de son accès à l'information et aux services.

#### **2.1.4 La mortalité infantile et le niveau de richesse**

Une étude sur la mortalité infantile et les indicateurs de la santé en matière de reproduction menée dans 44 pays en développement fait apparaître des différences fort importantes entre les régions, de même qu'entre les riches et les pauvres à l'intérieur de chaque pays<sup>52</sup>. Les moyennes nationales ne révèlent qu'un aspect de la situation réelle : la survie des enfants et la santé en matière de reproduction sont des problèmes qui relèvent de l'égalité à l'intérieur d'un pays autant que du niveau général de richesse ou de pauvreté. La survie et la santé des enfants sont liées au niveau de revenu, entre les pays et à l'intérieur de chaque pays. Dans certaines communautés pauvres des États-Unis, par exemple, les niveaux de mortalité infantile sont voisins de ceux du Panama<sup>53</sup>.

#### **2.1.5 La contraception et les grossesses rapprochées**

Lorsque les accoucheuses qualifiées et les soins obstétricaux d'urgence font défaut, les grossesses non planifiées peuvent avoir une issue mortelle. Nombreux sont les couples qui préféreraient ne pas avoir d'enfants en période de

---

<sup>51</sup>. CES [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.ces.fr/rapport/docton/06052408.pdf>

<sup>52</sup>. UNFPA [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.unfpa.org/swp/2004/francais/ch2/page3.htm>

<sup>53</sup>. UNFPA [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.unfpa.org/swp/2002/francais/ch5/page3.htm>



crise, mais qui n'ont pas les moyens de différer les grossesses, faute de services de planification familiale. Les carences de la planification familiale peuvent avoir d'autres conséquences graves, notamment les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses à la suite de grossesses non désirées.

La fécondité non désirée, qui débouche sur la naissance d'enfants non planifiés et non désirés, est plus élevée dans les milieux pauvres et parmi les plus pauvres d'entre les pauvres. On a moins d'information sur la morbidité maternelle mais les différences sont vraisemblablement du même ordre, car les causes - manque d'information, d'accès, de soutien de la famille et de la communauté, de ressources financières, de moyens de transport et de prestataires de soins qualifiés - sont en gros les mêmes que celles qui entraînent des naissances non désirées. Les différences d'accès, d'acceptation et d'utilisation de la planification familiale sont la principale cause de la différence des taux de fécondité entre riches et pauvres. Plus le niveau général d'utilisation des contraceptifs par les femmes est élevé, moins la différence entre femmes des groupes les plus riches et les plus pauvres est marquée. Une fois que le recours à la planification familiale est commun à plus de 40 à 45 % de l'ensemble de la population, les différences entre groupes de richesse inégale s'amoindrissent considérablement et la planification familiale devient la norme acceptée<sup>54</sup>.

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, où la prévalence des contraceptifs n'est que d'environ 10 %, les plus riches ont recours à la planification familiale plus de cinq fois plus souvent que les plus pauvres. Au Pakistan, pays où la prévalence est la plus faible de toute l'Asie du Sud (9 %), la différence entre ces deux groupes est de l'ordre de 1 à 20. Au Népal, où la prévalence est de 26 %, la différence est à peine de l'ordre de 1 à 3<sup>55</sup>. Les différences sont importantes aux Philippines, où le recours aux contraceptifs est peu répandu; mais en Indonésie et au Viet Nam, où la prévalence des contraceptifs est élevée, les différences entre groupes plus ou moins riches sont relativement faibles. Plusieurs pays d'Europe et d'Asie centrale ont atteint un niveau général de prévalence de la planification familiale voisin de 50 %, avec des différences plus faibles entre riches et pauvres.

<sup>54</sup>. UNFPA. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :

< <http://www.un.org/esa/population/publications/reviewappraisal/French.pdf> >

<sup>55</sup>. ONU [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.un.org/News/fr-press/docs/1999/19990326.pop709.html>>

En Amérique latine, les taux généraux de prévalence des contraceptifs sont élevés. Dans les pays à prévalence relativement faible, les différences internes par niveau de richesse sont plus marquées. Dans les pays où la prévalence est relativement forte, la planification familiale est largement acceptée et d'autres facteurs contribuent à expliquer la relation variable entre niveau de fortune et prévalence des contraceptifs. En Afrique du Nord, les riches recourent à la contraception deux fois plus que les pauvres<sup>56</sup>.

### **2.1.6 La procréation chez les adolescentes, comparées dans divers pays**

Les femmes les plus pauvres commencent à procréer plus tôt. Dans de nombreux pays en développement, les femmes pauvres commencent à porter des enfants entre 15 et 19 ans. Ce fait est à mettre en relation avec la précocité de l'âge du mariage, la moindre capacité de négocier un début plus tardif des rapports sexuels et de la procréation, et un moindre accès à la planification familiale.

Les pays où la fécondité des adolescentes est faible dans l'ensemble ont des différences de fécondité plus marquées entre les jeunes en fonction du niveau de richesse. L'Amérique latine fait exception à cet égard, avec un taux général de fécondité des adolescentes relativement élevé et des différences marquées entre les plus riches et les plus pauvres. Dans les familles les plus pauvres, les jeunes ont des taux de procréation extrêmement élevés. En Indonésie, aux Philippines et au Viet Nam, les adolescentes les plus pauvres ont presque sept fois plus de chance d'avoir des enfants que leurs compagnes plus aisées. Aux Philippines, les jeunes femmes pauvres ont presque 11 fois plus de chance d'avoir un enfant. Dans ces trois pays, la baisse de la fécondité des jeunes est sans exception liée à l'élévation du niveau de richesse.

En Égypte, les différences entre les taux de fécondité des adolescentes correspondent régulièrement au niveau de richesse. Au Maroc, la fécondité des adolescentes est beaucoup plus faible dans les familles riches que dans les familles pauvres.

---

<sup>56</sup>. UNECA. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : [http://www.uneca.org/popia/gateways/04-6.%20APDB\\_2000\\_fr.pdf](http://www.uneca.org/popia/gateways/04-6.%20APDB_2000_fr.pdf)

Dans les pays d'Europe et d'Asie centrale, aucun rapport régulier ne se dégage entre richesse et fécondité des adolescentes, ce qui indique une interaction complexe entre accès aux services, variations d'une ethnie à l'autre et différences régionales. Cependant, les sous-groupes les plus riches ont ici encore le taux de fécondité le plus faible chez les adolescentes.

Les pays d'Amérique latine accusent un écart considérable entre le quintile le plus pauvre (avec 105 à 234 naissances pour 1 000 adolescentes) et les trois quintiles du milieu, et un autre écart considérable entre ces groupes intermédiaires et le quintile le plus riche (avec 18 à 58 naissances pour 1 000 adolescentes). C'est seulement à Haïti, pays le plus pauvre de la région, qu'un unique et considérable écart apparaît entre le quintile le plus riche et les quatre quintiles les plus pauvres<sup>57</sup>. Dans certains des 22 pays étudiés en Afrique subsaharienne, la fécondité des adolescentes diminue à mesure que la richesse augmente. Beaucoup d'autres accusent un écart considérable entre le groupe le plus riche et les autres, mais on n'observe pas de différence régulière entre les groupes pauvres, probablement parce que tous ces pays figurent dans la liste des pays les moins avancés, et les plus riches ne sont aisés qu'en comparaison des plus pauvres. En comparaison des autres régions, presque tout le monde y est très pauvre.

### **2.1.7 Les femmes et la santé en matière de reproduction**

Pour les femmes en âge de procréer en particulier, la mauvaise santé et ses effets sont liés à l'activité sexuelle et à la procréation. Les soucis liés à la santé en matière de reproduction sont un aspect de l'expérience qu'ont les femmes pauvres de la pauvreté. Les jeunes femmes, surtout, sont peu informées de la planification familiale et ne se rendent pas compte que c'est un choix qui leur est ouvert. Toutes les pressions s'exercent en sens opposé. Les pauvres regardent comme très souhaitable de se marier et d'avoir des enfants de bonne heure, parce que les enfants et la famille apparaissent comme des éléments du bien-être. L'idée qu'une famille moins nombreuse, plus saine, mieux éduquée

---

<sup>57</sup>. UNFPA. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : < <http://www.unfpa.org/swp/2002/francais/ch5/page3.htm> >

contribue aussi au bien-être - et que ce sont là des choix à faire - vient plus tard dans la vie, trop tard pour de nombreuses femmes.

L'activité sexuelle et la procréation sont des sujets délicats dans toute société et il est particulièrement difficile d'ouvrir un débat sur la contraception pour les jeunes, plus encore pour les célibataires, envisagée comme choix au même titre que l'abstinence. Cependant, il est essentiel d'ouvrir ce débat : les grossesses d'adolescente non désirées constituent un problème croissant dans de nombreux pays en développement, et la moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH frappe des jeunes âgées de 15 à 24 ans.

Un mariage précoce ne protège pas la santé des jeunes femmes : une grossesse avant l'âge de 18 ans présente beaucoup plus de risques qu'après 20 ans<sup>58</sup>. En cas de grossesse, les adolescentes mères sont plus vulnérables à des lésions comme la fistule obstétricale, qui peut assombrir le reste de leur vie si elle n'est pas traitée. Les partenaires masculins de jeunes femmes sont généralement plus âgés et plus expérimentés sur le plan sexuel, et plus souvent qu'elles séropositifs. Les adolescentes, mariées ou non, sont plus exposées à devenir séropositives que les jeunes hommes de leur âge<sup>59</sup>.

## **2.1.8 Lors des catastrophes et des guerres, la vie peut changer en un instant**

### **2.1.8.1 De la fuite aux camps de réfugiés**

Les conflits et les catastrophes naturelles peuvent, du jour au lendemain, détruire les foyers et les communautés, ou en chasser les populations. Contraints de fuir ou en quête d'un abri, souvent sans rien d'autre que les vêtements qu'ils portent, les personnes se trouvent soudain privées du strict nécessaire, sans nourriture, sans eau, sans articles d'hygiène, sans soins médicaux. Hôpitaux et dispensaires sont détruits ou inaccessibles, et les besoins de santé persistent ou s'accroissent rapidement. De surcroît, les populations sinistrées n'ont souvent plus

---

<sup>58</sup>. Amoakon ANOH. Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50551>>

<sup>59</sup>. ONUSIDA [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004\\_html\\_fr/GAR2004\\_07\\_fr.htm](http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_fr/GAR2004_07_fr.htm)>

accès à l'information sur la santé et aux soins d'urgence dont elles auraient besoin au plus haut point. Les gens peuvent être arrachés à leur famille et à leur communauté et exposés à des risques d'agression accrus, alors que l'insécurité s'installe et que les forces de police se désintègrent. Ils passent des semaines, des mois, voire des années en fuite constante ou réfugiés dans des installations d'accueil provisoires.

#### 2.1.8.2 Des communautés détruites, à de nouveaux comportements

Privées de la protection familiale et du soutien communautaire, les personnes déplacées sont rendues vulnérables à la violence, aux sévices et à l'exploitation sexuelle. Les jeunes réfugiés peuvent aussi être profondément affectés par l'absence de rôles modèles, l'effondrement des systèmes sociaux et culturels, les traumatismes tels que la perte de membres de leur famille, l'exposition à la violence et au chaos, l'interruption de leurs études et la rupture des contacts amicaux.

Ces facteurs peuvent les conduire à une activité sexuelle précoce et à d'autres comportements à risque élevé, dont l'abus des drogues et de l'alcool. Il y a aujourd'hui dans le monde plus de 30 millions de réfugiés et de personnes déplacées intérieurement, sans compter les millions de gens déracinés momentanément ou à tout jamais par les catastrophes naturelles. Les femmes et les enfants représentent 80 % des réfugiés et des personnes déplacées intérieurement<sup>60</sup>.

## **2.2 Les réponses traditionnelles**

Rien de surprenant à ce que l'on regarde habituellement la naissance dans les sociétés rurales du Tiers-Monde par le petit bout de la lorgnette. Et que défilent les sempiternels clichés sur la mortalité infantile, l'irresponsabilité des institutions et le sort abominable de femmes privées de toute assistance médicale. On parle vite et fort, en tirant la sonnette d'alarme. Car il faut bien faire quelque chose,

---

<sup>60</sup>. Rekacewicz P. Des millions de réfugiés, un fardeau pour le Sud [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.monde-diplomatique.fr/2001/04/REKACEWICZ/15010>>

n'est-ce-pas? Les ONG se mobilisent, avec leur infirmières, médecins et sages-femmes parfois bien décidées à mettre un terme à ces pratiques d'un autre âge... Mais des ressources traditionnelles existent, ce sont elles qui agissent par exemple, pour souder ou ressouder une communauté. Pour comprendre cela, il va falloir nous intéresser à l'Autre : la femme et la sage-femme. La sage-femme traditionnelle à elle aussi une place, parfois surprenante pour nous et nos *Particuliers* (notre code de déontologie par exemple).

### **2.2.1 Les femmes maintiennent la cohésion des communautés, surtout en temps de crise**

Les femmes mettent les enfants au monde, leur font don de leur amour et prennent soin d'eux, bâtisseuses et gardiennes du foyer, elles s'emploient à nourrir et à vêtir ceux qui leur sont chers. Dans le monde en développement, elles sont aussi chargées de la production agricole et du petit commerce dont dépend l'économie locale. Elles élaborent collectivement et confortent la trame de la société, soutiennent les écoles, organisent divers événements communautaires et viennent en aide à leurs voisines et voisins dans le besoin.

Dans les situations d'urgence, les femmes se montrent plus fortes encore. Lorsque les hommes sont au combat ou qu'ils ont péri dans la tourmente, elles veillent seules à la sécurité des enfants, des membres âgés de la famille et des handicapés et assurent parfois leur évacuation à travers des terres inhospitalières et mal connues. Au lendemain des catastrophes naturelles et dans l'exode, les femmes se voient chargées de nouvelles responsabilités, alors même que les tâches fondamentales telles que la corvée d'eau présentent des difficultés accrues.

Elles doivent surmonter d'énormes obstacles pour prendre soin des autres membres du groupe et pour assurer leur sécurité, étant elles-mêmes plus gravement exposées aux dangers de la malnutrition, de la violence et de l'exploitation sexuelles, des infections sexuellement transmissibles, des grossesses non planifiées et des accouchements non assistés<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup>. UNFPA. Les femmes sont la trame [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/646\\_filename\\_Women%20are%20the](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/646_filename_Women%20are%20the)

En temps de crise, dans la hâte des interventions humanitaires, les forces et les vulnérabilités spécifiquement féminines sont souvent ignorées. En tout état de cause, l'apport d'un appui ciblé aux femmes peut constituer l'un des meilleurs moyens d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être des familles et des communautés entières. Les femmes font preuve d'une résilience<sup>62</sup> et d'une ingéniosité infinies, rien ne les arrête pour assurer la santé de leur famille en temps de crise et, une fois le pire passé, pour œuvrer au redressement de leur communauté.

### **2.2.2 Apprendre la culture de l'autre comme une langue étrangère**

Les sociétés humaines sont bien autre chose que des collections parfaitement inventoriées d'objets culturels, des vitrines de musée ou de principes dont on ferait le tour sans difficulté. En s'intéressant au savoir domestique, aux racines de ce qu'il est convenu d'appeler une "culture populaire", on ne peut manquer de s'interroger sur sa propre culture, ses valeurs, ses croyances et ses dogmes, enfin sur le sens des mots qu'elle utilise pour les articuler. L'anthropologie, dit Mondher Kilani (1989)<sup>63</sup>, pourrait être définie comme un exercice de « traduction de cultures ». On aborde en effet la culture de « l'autre » comme on apprend à parler une langue étrangère. Plus on progresse, plus on risque de s'illusionner en se prenant pour un clone du locuteur natif. Car apprendre une langue ne veut pas dire enregistrer un matériau neutre, mais plutôt adapter le modèle phonologique, les réflexes articulatoires et les structures linguistiques de sa langue maternelle à ceux de la langue étrangère. Il arrive un moment où l'autochtone cesse de nous corriger. C'est alors que nous oublions la spécificité de l'autre<sup>64</sup>.

Il y a, de la même façon, dans toute culture, un réservoir de connaissances et de pratiques qui échappe à l'attention du visiteur. C'est comme un lac dont on

---

[%20Fabric\\_French.pdf](#)>

<sup>62</sup>. IFSI de Cannes. Résilience[consulté le 15/01/2007]. Disponible à partir de:

<<http://www.infirmiers.com/doss/resilience.pdf>>

<sup>63</sup>. Mondher Kilani est professeur d'anthropologie culturelle et sociale à l'Université de Lausanne.

<sup>64</sup>. CICR. La diversité culturelle et ses défis pour l'acteur humanitaire [consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de :< <http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/html/debat-humanitaire-article-311205>>

ne verrait que la surface. Certes, une surface brillante et rassurante, parce qu'elle reflète sa propre image... Mais dans les profondeurs réside autre chose, un savoir inaccessible. Non pas qu'il soit délibérément caché, ou réservé à une élite, mais paradoxalement parce qu'il fait partie du patrimoine commun à un tel point que personne ne songerait à l'enseigner, c'est le cas du savoir de la sage-femme traditionnelle<sup>65</sup>.

### **2.2.3 Les sages-femmes traditionnelles**

Les sages-femmes traditionnelles, ne sont pas des "professionnelles" au sens où on l'entendrait en Occident<sup>66</sup>. Elles ne perçoivent en effet qu'une rémunération symbolique pour leurs services : des bracelets, un corsage ou un peu d'argent. Pour donner un ordre de grandeur, une famille modeste peut dépenser environ une journée de salaire d'ouvrier agricole, pour offrir un gage de gratitude à la sage-femme qui les a aidés.

Ce chiffre mérite d'être comparé avec la rémunération moyenne d'une sage-femme libérale, en Amérique du Nord, dont l'ordre de grandeur serait un mois de salaire ouvrier. Ce rapport de 1 à 30 est à nos yeux significatifs, car la rémunération est un indicateur du degré de responsabilité pénale endossé par la sage-femme. Une sage-femme occidentale s'engage contractuellement auprès de son client. Elle « prend en charge » l'accouchement et doit répondre des conséquences de son mauvais déroulement. Il arrive qu'elle se retrouve devant les tribunaux et condamnée pour négligence.

La sage-femme traditionnelle n'endosse pas ce type de responsabilité. Elle exerce en principe un métier, par exemple comme ouvrière agricole, et met son talent au service de la collectivité. Alors que, dans l'anonymat des cités industrielles, on a besoin de garanties pour engager une personne en fonction de sa qualification professionnelle, la collectivité rurale est à même d'évaluer la

---

<sup>65</sup>. National Aboriginal Health Organization. La guérison traditionnelle dans les contextes contemporains [consulté le 23/02/2007]. Disponible à partir de : [http://www.naho.ca/french/pdf/research\\_tradition.pdf](http://www.naho.ca/french/pdf/research_tradition.pdf)

<sup>66</sup>. Janet Smylie. Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones [consulté le 25/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS5-Mars2001.pdf>



compétence de ceux qui la servent. Dans un village, la sage-femme ou le guérisseur traditionnel qui obtiennent de mauvais résultats cessent naturellement d'exercer, ce qui n'est pas un drame en soi puisqu'ils ne dépendent pas de cette activité pour assurer leur pain quotidien.

On n'exige donc pas de la sage-femme traditionnelle qu'elle "prenne en charge" l'accouchement. La naissance d'un enfant est avant tout le problème des parents, de leurs proches et de tout le village. De la même manière que les travaux agricoles sont souvent effectués en commun, comme en France il y a cinquante ans pour les moissons, une naissance est un événement qui implique la communauté dans son ensemble.

### 2.2.3.1 Comment né une sage-femme traditionnelle ?

Tant qu'elle est jeune, la mère en couches n'a pas beaucoup de choix sur la manière de procéder. Pour son premier enfant, elle retourne en général chez sa mère. C'est une occasion unique d'être choyée et libérée des tâches quotidiennes qui lui incombent en tant que jeune épouse, ainsi que, fréquemment, des brimades qu'elle subit de sa belle-famille. Le premier accouchement a donc souvent lieu en présence de la mère, une mère qui l'assiste comme le ferait une sage-femme. Dans toute famille pauvre on ne dérange la sage-femme experte, qu'en cas de complication.

Les naissances suivantes ont lieu dans la maison du mari ou dans une maison du même village. La sage-femme se présente dès le début des contractions si les accouchements précédents n'ont pas été faciles. D'autres personnes peuvent assister à l'accouchement : belle-mère, belles-sœurs, voisines et amies, ainsi que leurs enfants en bas-âge... Rassemblées autour de la parturiente, les femmes se parlent et font ce qu'on attend d'elles dans une pareille situation : massages, application de compresses, soutien par la taille, le tout accompagné de chants et de plaisanteries. Les hommes n'ont pas le droit de rentrer.

Certaines femmes développent de cette manière une grande expertise de l'accompagnement de la naissance. Elles deviennent des "sages-femmes", au

sens littéral du terme. Il n'y a donc pas d'apprentissage formel en dehors de l'expérience acquise en accompagnant des naissances. Il ne faut pas oublier que la naissance est omniprésente dans un village. Celle des bébés humains, mais aussi celle des animaux domestiques, autant d'occasions de s'instruire. Ainsi, certaines sont fières d'annoncer qu'elles ont déjà assisté vingt-quatre femmes, huit vaches, une bufflesse et dix-neuf brebis... Voilà une conception qui peut nous paraître étrange puisque la sage-femme française se différencie très bien du vétérinaire français. Ce *Particulier*, qui est très différent du nôtre, nous interroge sur notre *Universel*.

Or, on conçoit que progressivement, une femme qui développe sa sensibilité à ce moment privilégié de la naissance se passe de plus en plus facilement de toute assistance technique pour ce qui est de ses propres accouchements. Les sages-femmes peuvent aussi avoir des mains de guérisseuses. Des mains qui savent, par exemple, accompagner les tensions des hanches après l'accouchement, en permettant ainsi au bassin de retrouver sa place.

#### 2.2.3.2 Des pratiques traditionnelles divergentes avec les pratiques obstétricales modernes

Les sages-femmes traditionnelles, connaissent des préparations à base de plantes et de produits du terroir. Elles pratiquent des incantations et prodiguent de nombreux conseils, notamment pour ce qui concerne la sexualité et la fertilité. Elles ressemblent probablement à ces milliers de femmes occidentales qui ont fini comme "sorcières" sur les bûchers de l'Inquisition (les premières victimes du « pouvoir religieux puis médical »). Ces femmes nous renvoient l'image d'un monde judéo-chrétien épouvanté par tout ce qui échappe à son contrôle et obsédé par le refoulement de l'animalité en l'Homme. Quoi de plus incontrôlable que la sexualité féminine? Quoi de plus imprévisible qu'un accouchement?<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup>. Michel Odent, déclare à ce sujet :« L'expérience nous montre que, quand le bébé va naître facilement, il y a un moment où, de toute évidence, on a l'impression que la femme est sur une autre planète. Elle ne sait plus ce qui se passe autour, parce qu'elle a réduit l'activité de son néocortex. Cette réduction de l'activité de l'intellect est l'aspect le plus important de la physiologie de l'accouchement, surtout chez les êtres humains sur un plan purement pratique. On comprend aisément que tout ce qui peut stimuler le néocortex d'une femme en train d'accoucher risque

Dans les hôpitaux modernes, on s'arrange, pour que le travail se termine au plus vite afin que des équipes soignantes qualifiées soient au service du plus grand nombre de mères pendant les heures ouvrables, alors que la plupart des accouchements non provoqués se déclenchent la nuit<sup>68</sup>. Mais, s'il est aujourd'hui devenu caricatural, ce détournement du processus naturel de la naissance a commencé à une époque bien plus ancienne. Avec l'obstétrique, dès le 16ème siècle, les barbiers, les chirurgiens puis les médecins se sont attribués le pouvoir de contrôler le processus naturel de la naissance. Les sages-femmes, celles qui connaissaient la capacité des femmes à accoucher elles-mêmes, et qui les guidaient vers la découverte de ce potentiel, n'ont préservé leur statut qu'en imitant le modèle médical, celui de la maîtrise du processus et du traitement des "anomalies". Des sages-femmes nord-américaines, exaltées par une vision *New-Age* des traditions séculaires, viennent à leur rencontre et ne trouvent rien de mieux que leur enseigner les "bonnes manières". Comme par exemple cette habitude de mettre l'enfant au sein dès la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS, alors qu'il est coutumier d'attendre que le bébé ait expulsé le méconium et manifeste spontanément son envie de téter ; un réflexe qui peut survenir deux ou trois jours après une naissance non traumatisante<sup>69</sup>.

### 2.2.3.3 L'avenir problématique des sages-femmes traditionnelles ou occidentales

La question de la transmission du savoir des sages-femmes est bien entendu au cœur du débat. En premier lieu, existe-t-il une motivation suffisante pour le maintien de ces pratiques ? Les sages-femmes interrogées répondent souvent : « Qui voudrait encore apprendre de nous en ces temps modernes, avec tous ces hôpitaux autour de nous, et des gens qui n'arrêtent pas de nous houspiller pour que nous accélérions les accouchements, tout en étant de moins

---

d'inhiber le processus d'accouchement ».

Dr. Michel Odent. Le moment de la naissance peut avoir de profondes répercussions sur le reste de la vie. Publié dans Biocontact n° 70, février 1998 [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.fraternet.org/naissance/docs/odent1.htm>>

<sup>68</sup>. Fraternet [consulté le 07/08/2006]. Disponible à partir de : <<http://fraternet.org/naissance//liste/poussee.htm>>

<sup>69</sup>. Bel. "Hypnosis" in breastfeeding - a debate", 1999[consulté le 20/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://pros.orange.fr/tansen/bioethics//misc/hypbf.htm>>

en moins disposés à nous soutenir ? Notre connaissance disparaîtra avec nous<sup>70</sup> ». Ce point de vue rejoint celui de l'exposé de DeVries et Barroso<sup>71</sup> (1997) "Les sages-femmes au milieu des machines". Dans les pays développés, les sages-femmes se heurtent aussi à une logique techno-médicale qui les oblige à une perpétuelle redéfinition de leur métier. Certaines sages-femmes voudraient préserver leur savoir comme un objet appartenant à leur "maison". Cette manière de voir est un des aspects multiples de la notion de "savoir domestique". Elle est associée à une réserve au sujet de son utilisation. La sage-femme a besoin de s'assurer de l'intégrité et de la force morale de celle avec qui elle partage son expérience, car elle se sent responsable de l'usage qui en sera fait en son nom.

### **2.3 Les réponses des ONG et de la communauté internationale**

On s'aperçoit que l'aide apportée concerne au minimum les besoins primaires<sup>72</sup> comme l'alimentation, l'hygiène ou un meilleur degré de sécurité physique des personnes. C'est sur cette base que se développent des projets pour la mère et l'enfant, pour mettre au monde. Mais les considérations deviennent plus globales, les ONG regardent du côté de l'éducation pour limiter la pauvreté et favoriser indirectement l'accès aux soins.

#### **2.3.1 Des besoins primaires à satisfaire**

Pour fournir une aide utile aux femmes et aux filles, il convient ne pas occulter les besoins primaires comme l'alimentation, l'accès à l'eau, la sécurité décente dans les camps.

L'aide alimentaire a plus de chances d'atteindre ceux qui en ont besoin,

---

<sup>70</sup>. Fraternet [consulté le 05/07/2006]. Disponible à partir de : <<http://www.fraternet.org/naissance/docs/inde/naissance-inde-fr.htm>>

<sup>71</sup>. DeVries, Raymond G. ; Barroso, Rebeca (1997). Midwives among the machines: Recreating midwifery in the late 20th Century. In (H. Marland & A.M. Rafferty, eds.) Midwives, Society and Childbirth: debates and controversies in the modern period. London: Routledge, p. 248-272 [consulté le 05/01/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.stolaf.edu/people/devries/docs/midwifery.html>>

<sup>72</sup> . [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : < [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos/index_f.html)>

l'expérience le démontre, quand les femmes sont chargées de sa distribution. Elles connaissent généralement les besoins de chaque foyer, notamment de ceux qui ont une femme pour chef de famille. Par ailleurs, confier l'aide alimentaire aux femmes a aussi pour effet de réduire la corruption et l'exploitation sexuelle<sup>73</sup>. Les programmes d'aide alimentaire doivent également répondre aux besoins nutritionnels spécifiques des femmes et des filles.

Les suppléments en fer aident à prévenir l'anémie, et les apports de vitamine A, D et d'autres suppléments nutritionnels sont importants pour les femmes qui allaitent leurs bébés<sup>74</sup>.

L'alimentation en eau est une tâche généralement féminine. Or les sources d'eau sont parfois situées à de grandes distances ou dans une zone non protégée, auquel cas la corvée d'eau exige un temps considérable, est physiquement épuisante ou expose les femmes et les filles à des dangers divers<sup>75</sup>. Les serviettes hygiéniques sont essentielles pour préserver, le confort et la mobilité des femmes pendant la menstruation. Sans elles, il est plus difficile pour les femmes de vaquer à leurs travaux domestiques et les filles scolarisées restent chez elles, ce qui accroît les risques d'abandon scolaire<sup>76</sup>.

Quand les latrines et les installations sanitaires sont trop éloignées des zones de résidence, les femmes et les filles sont exposées aux agressions. Dans de nombreux camps de réfugiés, elles courent le même danger lorsqu'elles doivent quitter la sécurité du camp en quête de bois de feu et de fourrage. Un éclairage approprié, des patrouilles de nuit, des escortes pour la collecte du bois de feu et des locaux d'habitation séparés pour les femmes et les filles non accompagnées peuvent faire la différence entre sécurité et agression sexuelle.

L'aide humanitaire internationale œuvre pour que les considérations sexo-spécifiques soient prises en compte dans la planification de l'aide et l'aménagement des camps. Mais dans la hâte des interventions humanitaires,

---

<sup>73</sup>. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de:

< [http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison\\_offices/wfp079902.pdf](http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp079902.pdf)>

<sup>74</sup> .UNICEF [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :

<[http://www.unicef.org/infobycountry/files/HAR06\\_F\\_ZAMBIE.pdf](http://www.unicef.org/infobycountry/files/HAR06_F_ZAMBIE.pdf)>

<sup>75</sup>. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :

<<http://www.mondequibouge.be/index.php/2005/09/pour-que-cesse-la-corvee-deau/>>

<sup>76</sup>. Sphere [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de :

<[http://www.sphereproject.org/french/handbook/html/4\\_ch2.htm](http://www.sphereproject.org/french/handbook/html/4_ch2.htm)>

certains besoins sont oubliés.

### **2.3.2 Une médicalisation de la naissance inutile ?**

Ce que d'autres études montrent, c'est que la mortalité périnatale des femmes et des enfants régresse considérablement lorsque les conditions sanitaires s'améliorent, même si les pratiques d'accompagnement de la naissance sont inchangées. Certains constatent que « l'énorme déclin de la mortalité infantile, s'est produit pour ainsi dire sans hospitalisation de la naissance ». Ce qui converge avec d'autres observations dans les pays industrialisés: en Grande Bretagne, la mortalité périnatale a fortement décru dans la période 1950-1970, une amélioration que certains mettent au crédit de la médicalisation de la naissance. Or, les chiffres se sont stabilisés après 1970, lorsque les conditions sanitaires ont cessé de s'améliorer, alors que la médicalisation franchissait de nouvelles étapes.

Pour des populations de niveaux socio-économiques comparables, la mortalité périnatale est aussi élevée (parfois plus) dans les dispensaires médicaux qu'à domicile. La médecine est certes capable de traiter les cas d'urgence, mais elle augmente aussi, par l'effet pervers du déclenchement artificiel ou de ses interventions sur le déroulement de l'accouchement, les risques d'infection et de complications obstétricales.

Il faut garder en tête toutes ces données nouvelles quand on aborde la naissance chez les "non-civilisés". Nous ne pouvons donc affirmer que l'unique réponse au problème de la mortalité infantile dans le tiers-monde serait de systématiser la prise en charge médicale des accouchements? Il serait opportun d'inclure les nombreux facteurs influant sur les mortalités périnatale et infantile, notamment la sous-alimentation, l'approvisionnement difficile en eau potable, l'insalubrité, la répartition inégale des ressources, la violence sociale, les grossesses non désirées, le trop jeune âge des parturientes.

### 2.3.3 Protéger la mère et l'enfant

Pour protéger la santé de la mère et du bébé, il faut :

- ⌚ Des soins prénatals de qualité ;
- ⌚ Des accoucheuses qualifiées ;
- ⌚ Un endroit sûr où mettre au jour ;
- ⌚ L'accès aux soins obstétricaux d'urgence<sup>77</sup> ;

La plupart des décès maternels pourraient être évités. Dans la plupart des pays en développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont une cause majeure de décès et d'invalidité permanente pour les femmes âgées de 15 à 49 ans.<sup>78</sup>

#### 2.3.3.1 Des soins prénatals de qualité

Les soins prénatals sauvent des vies et préservent la santé des futures mères et de leurs bébés. Ils permettent de repérer les problèmes de santé générale à traiter et apprennent aux femmes et aux communautés à reconnaître les signes de danger durant la grossesse. Quand la situation se stabilise, les organisations d'aide procèdent à des évaluations rapides pour déterminer les préférences et les besoins locaux et appuient les efforts déployés pour offrir un large éventail de méthodes modernes, de manière à ce que les couples aient accès au contraceptif de leur choix.

Les trousseaux de santé d'urgence préparés contiennent les outils dont les agents sanitaires ont besoin pour dispenser les soins prénatals élémentaires : depuis le matériel d'examen médical jusqu'aux médicaments visant à prévenir la malnutrition, le paludisme et les autres menaces pour la santé de la mère. Les organisations internationales forment aussi les agents sanitaires et les sages-femmes de manière à ce que les femmes reçoivent les soins qualifiés nécessaires

---

<sup>77</sup>. WHO [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm\\_98\\_3/fr/msm\\_98\\_3\\_1.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/fr/msm_98_3_1.html)>

<sup>78</sup>. UNFPA [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.unfpa.org/swp/1997/french/ch2.pdf>>

durant toutes les phases de la grossesse et de l'accouchement<sup>79</sup>.

Les soins prénatals doivent aussi répondre aux besoins nutritionnels spécifiques aux femmes enceintes. Il faut former les prestataires de soins de santé à détecter l'anémie et les autres carences vitaminiques qui risquent de mettre en danger la mère et son bébé à naître.

De bons soins prénatals peuvent aussi limiter au minimum le risque de transmission du VIH des parents à leurs enfants à naître.

Or, plus le revenu d'une femme est faible, moins souvent elle recherche des soins prénatals, mais les restrictions imposées aux femmes réduisent aussi l'accès aux soins. Dans 44 pays étudiés, plus des trois quarts des femmes enceintes visitent un médecin, une infirmière ou une sage-femme à un moment quelconque de leur grossesse. En Asie du Sud et en Afrique du Nord, où les femmes sont moins libres de se déplacer, la proportion est plus proche d'un tiers.

L'écart entre familles riches et familles pauvres est le plus grand dans les pays où la moyenne nationale des revenus est la plus faible. En Asie du Sud, l'écart entre les groupes les plus riches et les plus pauvres résulte du niveau particulièrement élevé des soins chez les plus riches - même par rapport au quintile suivant. En Afrique du Nord, où l'écart entre riches et pauvres est encore plus grand, les différences entre les groupes classés selon le niveau de richesse sont plus également réparties.

### 2.3.3.2 Des accoucheuses qualifiées

Jusqu'à 50 % des décès maternels surviennent après l'accouchement<sup>80</sup>. Les soins post-partum peuvent faire la différence entre la vie et la mort pour la mère et l'enfant. Qu'ils soient dispensés dans un centre de santé ou lors de la visite d'une sage-femme ou d'une accoucheuse qualifiée, ils permettent d'évaluer l'état général de la mère après l'accouchement et de détecter une hémorragie, une hypertension, une infection et d'autres états susceptibles d'entraîner la mort et qui

---

<sup>79</sup>.WHO [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <[http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm\\_94\\_2\\_fr/msm\\_94\\_2\\_3.fr.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_94_2_fr/msm_94_2_3.fr.html)>

<sup>80</sup>. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.prb.org/FrenchTemplate.cfm?Section=Accueil&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=10024>>



exigent des soins d'urgence.

Les soins post-partum offrent aussi l'occasion à la sage-femme ou à l'agent sanitaire d'évaluer la santé du nouveau-né et d'informer la mère sur le soin des nourrissons, l'allaitement au sein et la nutrition. Les interventions d'urgence comprennent l'expédition de trousse d'accouchement hygiéniques, contenant notamment une lame de rasoir neuve et un morceau de ficelle pour couper et nouer le cordon ombilical, afin de prévenir les infections mortelles chez les femmes qui accouchent en milieu extrahospitalier.

L'aide internationale envoie aussi l'équipement, les médicaments et les fournitures dont les centres de santé ont besoin pour dispenser une assistance clinique durant l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence.

Celle-ci appuie l'apport de soins post-partum en fournissant, des médicaments, du matériel et une formation, afin de permettre aux agents sanitaires de reconnaître et de traiter les complications graves, ainsi que de dispenser une éducation aux mères concernant le soin des nourrissons et la planification familiale. L'aide fournit aussi des compléments d'acide folique, de fer et de vitamine A pour assurer la bonne nutrition des mères allaitantes et de leurs bébés.

Mais les femmes pauvres ont encore moins de chance de bénéficier d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement que de rechercher des soins prénatals. Dans les pays d'Asie et d'Afrique subsaharienne, la chance est deux fois moins grande. En Afrique du Nord, cependant, il est plus fréquent pour une femme de mettre au jour avec une assistance qualifiée que de rechercher des soins durant la grossesse<sup>81</sup>.

Le recours aux soins prénatals et à l'aide d'accoucheuses qualifiées progresse beaucoup plus vite, à mesure que le niveau de richesse augmente, que le recours aux autres soins de santé de base, comme la thérapie de réhydratation orale ou le traitement médical pour la diarrhée et pour les infections respiratoires aiguës, ou encore l'immunisation. La présence d'un médecin lors de l'accouchement est l'indicateur qui varie le plus nettement en fonction du revenu<sup>82</sup>.

---

<sup>81</sup>. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.prb.org/FrenchTemplate.cfm?Section=Accueil&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=10024>>

<sup>82</sup>.WHO [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <<http://www.who.int/whr/2005/chapter5/fr/index4.html>>

### 2.3.3.3 Un endroit sûr pour accoucher

On note aussi une corrélation très marquée entre le niveau de richesse et le fait, pour une femme, de mettre au jour à son domicile ou dans un centre de santé. Dans les 44 pays étudiés, près de 80 % des femmes du quintile le plus pauvre ont leurs enfants à domicile. Près de 80 % des naissances ont lieu dans un centre de santé pour les femmes du quintile le plus riche, et la majorité des naissances pour les deux quintiles les plus riches. La proportion des naissances à domicile augmente régulièrement à mesure que l'on descend du quintile le plus riche au quintile le plus pauvre.

Les mesures les plus importantes pour assurer un accouchement sans danger consistent à offrir aux femmes des soins qualifiés lors de l'accouchement et à veiller à ce que les femmes victimes de complications graves (15 % dans tout groupe de population) aient rapidement accès à des soins obstétricaux d'urgence.

## **2.4 Une réponse durable : la santé et l'éducation**

Les mères instruites ont des enfants en meilleure santé. Elles sont mieux informées des règles de la bonne nutrition et les membres de familles peu nombreuses se disputent moins les vivres. Il faut imputer à la combinaison de ces deux facteurs 43 % du recul de la malnutrition infantile entre 1970 et 1995<sup>83</sup>.

Les femmes instruites ont moins d'enfants, elles ont notamment moins d'enfants non désirés ou dont la naissance se place à un moment inopportun, mais d'autres influences aident à produire ce résultat. Les femmes instruites viennent généralement de familles instruites et elles sont mieux informées des soins de santé et de la planification familiale, dont elles font usage. L'éducation peut stimuler le désir de recevoir de meilleurs soins de santé et d'avoir moins d'enfants, mais l'éducation ne peut tenir lieu de dispensaire ni de contraceptif. Les femmes ont besoin de services pour donner effet à leurs vœux et répondre à leurs besoins. Avec moins d'enfants, les familles peuvent investir davantage. Les

---

<sup>83</sup>. IFPRI. Récapitulatif [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : <http://www.ifpri.org/french/2020/briefs/br64fr.htm>

enfants non désirés recevront une éducation moins longue si les parents doivent en acquitter le prix, comme ils le doivent de plus en plus.

## **2.5 Intérêts et limites de la professionnalisation**

Ce panorama recueille en chiffres mais aussi en substance ce qu'est ou pourrait être notre travail là-bas, donc nous l'avons vu, pluriel et complexe. Ces données sont actuelles, demandent à toujours être réévaluées. Elles doivent être surtout connues des sages-femmes humanitaires peut-être pour une action plus juste. Il faut mobiliser ces connaissances, qui sont d'ordre technique, médical, démographique, historique, ethnologique, pour penser les situations dans lesquelles on se situe. Cela suppose beaucoup de compétences et c'est en cela, que la professionnalisation de l'action de solidarité internationale, présente un intérêt. Or, le temps des penseurs n'est pas celui des décideurs (cf introduction). On ne peut pas forcément bénéficier sur le terrain de tous les experts requis ou recommandés. Il faudra décider à un moment, et l'éthique peut nous y aider.

Mais l'éthique n'a pas réponse à tout. Elle n'est pas un alibi à l'incompétence. De nombreux problèmes ont avant tout des réponses techniques, juridiques ou économiques. Certaines injustices ne se résolvent que par des rapports de force politiques ou syndicaux. Mais dans tous ces champs, il existe des dilemmes où aucune décision ne s'impose d'elle-même. Il n'est pas évident de déterminer la décision la meilleure, la moins mauvaise, voire la moins pire. C'est alors que le recours à l'éthique peut-être pertinent. Contrairement à ce que l'on pourrait penser à priori, la multiplicité des *U*, *P* et *S*, signe moins une crise de l'éthique qu'une exigence renouvelée de réflexion pour une décision en conscience.

## **Troisième Partie : Une éthique pour temps de crises**

L'expérience de la réalité en temps de crises humanitaires a obligé les ONG à penser différemment leurs interventions. De même, la réflexion éthique a suivi cette évolution. Dans un premier temps (années 60-70), le recours aux principes universels et aux codes de déontologie professionnelle suffit pour orienter les pratiques. Suite à la décennie de l'urgence (années 80), la complexité des situations et la spécialisation des acteurs exigèrent la codification des principes et la nécessité de les hiérarchiser. Il fallut considérer les trois dimensions U, P, et S au pluriel, interroger les Droits de l'Homme à la lumière d'un concept d'Humanité devenu lui aussi pluriel. De même que la professionnalisation montre des intérêts et des limites, la codification des pratiques est à la fois nécessaire et insuffisante pour en compte la diversité des situations et les dilemmes rencontrés. La réponse moderne à la crise des *Universels* avait été marquée par l'élaboration de principes qualifiables d'impératifs, indicatifs, ou même incitatifs. Ils ne satisfont pas directement la démarche éthique que nous proposons, mais peuvent servir de base. Une base pour interroger sa conscience, renouveler une réflexion pour une décision en conscience.

### **3.1 Humanitaires, humanités et crises des *Universels***

Nous observerons ici les grands principes qui régissent les actions des ONG et de la communauté internationale. Ils évoluent avec leurs univers mais sont littéralement bousculés par les *Particuliers* et les *Singuliers* que nous avons évoqués précédemment.

#### **3.1.1 La Déclaration Universelle des droits de l'homme**

Le principe d'universalité appelle à reconnaître l'existence et l'efficiace des droits fondamentaux communs à tous les membres de la communauté humaine, quels que soient la condition, le contexte et la culture dans lesquels chacun évolue. L'universalité est à entendre ici comme un principe de reconnaissance

entre tous les habitants de la planète. Le texte de référence qui encadre le mieux ce principe est la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme<sup>84</sup>. Il s'agit d'un texte emblématique souvent évoqué par les ONG et la communauté internationale pour justifier leur action. Le mot dignité y tient une place de choix pour définir l'égalité des êtres humains, nous y reviendrons plus tard.

« Article premier. - Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »

Or, ce texte que nous avons qualifié d'emblématique, n'est qu'une déclaration. En d'autres termes, certains juristes diraient qu'il n'intéresse que ceux qui y croient. On peut ne pas le respecter, et c'est ce qui est couramment pratiqué de par le monde. On comprend alors que nos grands principes ne sont pas des outils opérationnels et donc qu'ils peuvent être remis en cause. Si on se saisit du concept d'Humanité, sa compréhension est fonction de la diversité des cultures. Autrement dit, *l'Universel* n'est pas unique puisqu'il y a conflit des particuliers et des singuliers.

### **3.1.2 Des principes impératifs ou Universels**

En partant d'une considération de la pluralité des éthiques, engagées dans les projets des organisations humanitaires, en fonction des histoires, des convictions fondatrices et des projets spécifiques, on pourra, semble-t-il, avancer trois principes fondamentaux, relevant de l'impératif : le principe d'Humanité, le principe d'Impartialité et le principe d'Indépendance. Ces trois concepts constituent ce que l'on peut considérer comme le « noyau dur » de l'intention

---

<sup>84</sup> La Déclaration Universelle des droits de l'homme fut approuvée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948 par sa résolution 217 (III) A. Cf. L. de Vaucelles, "La Déclaration Universelle des droits de l'homme - Genèse et analyse du texte de 1948", numéro spécial de la revue *Laénnec*, 41, n°3-4, mars 93. Ce numéro, intitulé *Dignité humaine-perte de dignité*, rend compte du colloque du même nom, organisé, en octobre 1992, par le Centre Sèvres avec le concours de l'Association Européenne des Centres d'Éthique Médicale.

humanitaire.

### 3.1.2.1 L'Humanité

L'action humanitaire prend appui sur des principes et des valeurs fortes, parmi lesquelles « l'Humanité », dont elle tire son nom. Mais cette notion d'Humanité n'est peut-être pas immuable, offerte une bonne fois pour toute à l'homme parce qu'il est homme. Nous l'avons vu dans l'horreur, souvent présente dans l'univers humanitaire, où ce principe est piétiné.

#### 3.1.2.1.1 L'Humanité en tant qu'*Universel* abstrait

La traduction de ce principe passe par l'initiative d'une solidarité d'homme à homme, qui vise à porter secours à un homme blessé ou victime de la violence, du seul fait qu'il est un homme et que nous sommes touchés, dans notre conscience humaine, par sa situation de vulnérabilité. Or, cette conception de l'humanité, que l'on retrouve dans la DUDH, ne tient pas forcément compte des pluralismes.

#### 3.1.2.1.2 L'Humanité en tant qu'*Universel* concret

A la lumière de son expérience, Rony Brauman met en tension l'Humanité comme Universel à la fois abstrait et concret. Il soutient : « L'humanité, c'est avant tout la pluralité des êtres, l'irréductible différence qui constitue physiquement chacun en une personne unique, une diversité qui ne doit pas être confondue avec la diversité culturelle. » Mais il poursuit : « Dans ces conditions le devoir d'humanité se ramène au respect de cette pluralité pour laquelle doit être construit un monde commun »<sup>85</sup>. Il se réfère d'abord à la notion d'humanité en tant qu'Unicité<sup>86</sup>. Mais avec la notion d'un monde commun, le principe d'Humanité rejoint le lien premier et irréductible qui unit les habitants de la planète, dans la diversité de leurs appartenances communautaires et de leurs histoires singulières. Pour une juste interprétation du principe d'Humanité, il faut évoquer les

---

<sup>85</sup> . [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : < <http://www.msfr.fr/documents/base/1994-06-30-Brauman.pdf><

<sup>86</sup> . L'unicité décrit pour un objet le fait d'être unique

motivations de l'action humanitaire. En contribuant à une élucidation des intentions qui président à l'action, on en affine les enjeux et les limites.

### 3.1.2.2 Le principe d'Impartialité

Il s'agit ici d'affirmer que l'intervention en faveur de l'homme en péril ne saurait souffrir des partages idéologiques ou partisans. En clair, une victime est un homme, quel que soit son camp (y compris le « bourreau » ?). Il ne peut donc être question de soumettre une action humanitaire à l'une des positions en conflit ou à un pouvoir. C'est un principe à la fois central et redoutable car on sait bien que les pouvoirs concernés instrumentalisent les victimes, soit en les sur-exposants, soit en les « marginalisant », parfois en les « occultant ».

La traduction de ce principe consiste à rappeler que l'action humanitaire transcende les antagonismes et présuppose que la dignité comme les droits fondamentaux doivent être assurés aux victimes et, plus largement, à toutes les personnes affectées par la situation de crise, sans discrimination.

De plus, on retrouve dans les idéaux d'Henry Dunant<sup>87</sup> ainsi que dans les principes inscrits dans le droit international humanitaire, cette volonté de sauvegarder la dignité de la personne humaine. On peut aussi penser que la notion de solidarité organique, comme cette volonté de protéger la dignité, sont à la base de la revendication des ONG françaises, à la fin des années 1980, pour que soit honoré le droit des victimes à recevoir une assistance. Les discussions et négociations entre Etats ont, par la suite, transformé cette revendication en un droit d'assistance humanitaire, bientôt nommé droit d'ingérence (droit des Etats à porter secours à des populations en péril).

Ce que les ONG voulaient affirmer, c'est le droit des victimes, les « secouristes » (Etats aussi bien qu'organisations spécialisées) étant débiteurs d'un devoir d'assistance humanitaire, également nommé, à ce moment, devoir d'ingérence humanitaire. Depuis lors, la notion de droit d'ingérence a connu des développements qui laissent largement place aux calculs politiques ; ce qui ne

---

<sup>87</sup> . CRF. [consulté le 22/02/2007]. Disponible à partir de : < <http://www.croix-rouge.fr/goto/presentation/mouvement/historique.asp> >

place pas cette notion dans le champ de l'impartialité. Ces deux textes renforcent cependant la mise en pratique du libre accès aux victimes et situent l'action humanitaire dans la visée de la sauvegarde de la dignité humaine. Ils stipulent en effet, dans leur préambule, que le « le fait de laisser les victimes de catastrophes naturelles et situations d'urgence du même ordre sans assistance humanitaire représente une menace à la vie humaine et une atteinte à la dignité d'homme. »

Les recommandations en la matière consisteront à solliciter, chez les acteurs humanitaires, l'esprit critique leur permettant à la fois de s'approprier les données propres aux situations, en dépassant les discours de propagande ou les thèses discriminatoires, pour rejoindre les individus, quels qu'ils soient, là où ils sont et quelles que soient leurs convictions. La connaissance critique ici évoquée doit être comprise comme une capacité de distanciation qui n'exclut pas que soient mesurées les possibilités et les limites réelles de l'action, en deçà desquelles l'existence des intervenants est elle-même en péril.

### 3.1.2.3 Le principe d'Indépendance

Le principe d'indépendance est aujourd'hui entendu comme une indépendance de l'initiative, des moyens engagés, et de la liberté de manœuvre en matière d'intervention humanitaire. Mais il s'agit aussi – et cette connotation est parfois plus délicate à assumer – d'une indépendance à l'égard des donateurs et bailleurs de fonds. On a là un principe paradoxal, car il est bien clair que les acteurs humanitaires engagent avec eux ceux qui les financent. L'indépendance s'exprime donc toujours dans un rapport de tension irrésolue entre les besoins – dont la formulation est requise –, la compétence – qui évalue et réévalue sans cesse les attentes et les possibilités – et le mandat – qui précise les termes de la mission.

La traduction, à cet égard, concerne à la fois l'esprit et les capacités techniques des acteurs. Elle touche aux rapports, au sein même des équipes comme entre les équipes et les parties prenantes externes.

Les recommandations viseront donc à définir les responsabilités, tout en restant attentifs à la manière dont les acteurs déploient les responsabilités



confiées. La relecture, comme exercice continu d'évaluation éthique, trouvera là son enjeu majeur. Il reviendra à chaque organisation (et à chaque individu, au sein de ces organisations) d'articuler et de mettre en perspective ces principes majeurs, avec la couleur de sa philosophie propre. L'intérêt étant de constituer un socle sur lequel un programme, une décision, une action et une relecture de l'engagement peuvent se déployer.

### **3.2 Des principes incitatifs ou des *Particuliers*, participent à la codification de l'humanitaire**

D'autres principes, de type incitatif (exprimant un encouragement fort) ou de type indicatif (donnant des repères aux acteurs), pourront être invoqués, en fonction du projet de l'organisation, des convictions et du parcours des acteurs concernés. D'ailleurs, certains de ces principes se présentent comme parfois contraires. Nous les présentons ci-après, sans classification ni priorité, laissant à chacun le soin de les mettre en rapport et de les hiérarchiser (selon précisément qu'ils sont considérés comme incitatifs ou indicatifs).

#### **3.2.1 Le principe d'engagement**

Il s'agit ici d'une expression dynamique de la liberté : face à la souffrance de l'autre, je manifeste mon empathie avec ceux qui sont blessés ou affectés par l'injustice. Cette « sortie de moi-même » fait de moi un acteur qui se risque à intervenir dans l'Histoire et qui demeure vigilant à l'égard de tout ce qui opprime ou détruit la personne humaine.

#### **3.2.2 Le principe de responsabilité**

Il consiste à mesurer et à vivre la tension entre ce que nous devons faire et ce que nous pouvons faire. C'est en outre, une fois l'engagement pris, le rappel que nous sommes appelés à « répondre de nos actes » auprès de ceux qui nous ont « envoyés » et de ceux à que nous avons « secourus ».

### **3.2.3 Le principe de neutralité**

Le principe de neutralité désigne ici l'exigence de réserve de l'ONG à l'égard des controverses et des positions qui s'affirment, au cœur même des conflits. La neutralité n'est pas une passivité mais une distanciation institutionnelle parfois nécessaire, afin de maintenir la liberté d'intervention et d'éviter toute manipulation de l'action au profit d'un groupe d'intérêts, ou d'un belligérant. Ce principe, à l'origine pensé en rapport avec la souveraineté de l'Etat laïc, a été consacré et étendu aux ONG, sur la base de l'expérience déterminante de la Croix-Rouge.

### **3.2.4 Le principe de transparence**

Le principe de transparence pourra apparaître comme un idéal ou une visée. Il s'agit à la fois de rendre compte de l'action « à livre ouvert », c'est-à-dire en exposant, aux donateurs comme à l'opinion, de manière exhaustive, les fonds et moyens reçus et affectés dans le cadre d'un programme ou d'une action. L'exigence de transparence est une exigence de respect à l'égard de celles et ceux qui soutiennent financièrement les actions ; à l'égard des bénéficiaires et à l'égard d'une opinion publique qui, en contexte de démocratie, a droit à connaître la destination et l'usage des fonds en provenance de la société civile aussi bien que d'institutions publiques.

### **3.2.5 Le principe d'information et de témoignage**

Le principe d'information et de témoignage a été placé au cœur de certains projets d'organisation humanitaire. Le témoignage consiste à rendre compte d'une situation. Plus qu'une simple énonciation des faits, il consiste à sensibiliser ceux qui peuvent avoir un impact sur la réalité constatée, par des positions fortes et argumentées lorsque cela s'avère nécessaire. Au vu de ces principes, il ne s'agit pas de trouver des solutions immédiates à des problèmes spécifiques mais plutôt d'engager une démarche méthodique pour aborder les questions de sens et d'enjeux de l'aide. Il s'agit enfin de consacrer l'affirmation des principes fondamentaux qui sous-tendent l'action humanitaire et le devenir des personnes concernées qui ne sont surtout pas à oublier : les *Singuliers*.

### **3.3 La charte : une valeur symbolique mais un outil non opérationnel**

Aujourd'hui, de nombreuses organisations possèdent une charte (comme Gynécologues Sans Frontières). Même si la charge symbolique d'un tel document est forte, il ne s'agit pas cependant d'un outil opérationnel. Il répond à un besoin d'exprimer des valeurs, un esprit. Il remplit souvent aussi une fonction d'affichage à l'égard d'une opinion publique de plus en plus exigeante en matière d'information et de transparence dans le domaine de la solidarité internationale.

### **3.4 Les codes de déontologie sont le fruit d'une réflexion éthique**

Les codes de déontologie et les codes de conduite sont apparus, quant à eux, pour répondre à des interrogations concernant la conduite des actions proprement dite. Mais, le code de déontologie des sages-femmes n'aborde pas la question de l'homme sage-femme arrivant la bouche en cœur alors qu'il est toujours surprenant de le voir à cette place. Le code n'aborde pas non plus le rapport au corps ou au sexe, contrairement au serment d'Hippocrate. Bien sûr, on peut en effet avoir recours aux codes comme à une boîte à outils. C'est bien en amont de ces règles, dans les processus de décision, qu'il faut rechercher le sens des pratiques et les moyens de prendre en considération la dimension proprement éthique des initiatives.

### **3.5 L'éthique avec la singularité des personnes et la diversité des acteurs**

Rappelons que l'action humanitaire s'inscrit dans un espace *particulier*, pendant une certaine durée, un moment de l'Histoire, collective et *individuelle*. Elle fait intervenir des individus appartenant à des groupes socioculturels donnés, dans un certain contexte politique, local et international, où s'exercent des normes et des lois. Elle prend appui sur des supports techniques, sur un projet et une sensibilité propres aux organisations et aux acteurs engagés. Enfin, elle est

relayée ou non par les médias qui, lorsqu'ils la présentent, en soulignent l'ampleur, les enjeux ou la visée. Dans ce contexte et dans cette action, différents acteurs se côtoient : les bénéficiaires de l'aide, les ONG et autres organisations de solidarité, les organisations de promotion et de protection des droits humains, les travailleurs humanitaires, les donateurs (privés ou publics), les organisations gouvernementales ou intergouvernementales, les pouvoirs politiques (locaux, régionaux et internationaux) et leurs appuis (militaires, économiques, diplomatiques ...). Pour faire face à cette complexité, on a tenté, ces dernières années, de codifier et de réglementer les actions de secours et de solidarité. Il existe aujourd'hui un certain nombre de codes et de normes qui encadrent les pratiques humanitaires dans des limites de plus en plus précises et nous les avons repérés. Or, on s'aperçoit que des problèmes persistent au sein même de ces outils, ou qu'ils se contredisent.

### **3.5.1 Seul face à sa conscience**

Il existe toujours des situations pour lesquelles il n'y a pas de règles. Le travailleur humanitaire est alors face à sa conscience, même s'il a en mémoire la philosophie de son organisation. Dans ces situations, où la loi, dans son sens juridique ou moral, ne nous aide qu'indirectement, et peut parfois même constituer un frein à l'initiative, l'éthique est une démarche qui met en œuvre la conscience de chacun pour discerner et accomplir l'action juste. La conscience en effet fait usage de la liberté du sujet, de sa capacité de discernement. Elle prend appui sur le travail d'analyse qui aide à comprendre le contexte. L'éthique est ainsi l'affirmation du sujet. Elle permet à notre subjectivité d'assumer ses choix, dans une tension positive entre un environnement marqué par des tensions contradictoires et un système de références et de convictions auquel on puise.

Prenons le cas de l'excision, que certaines ONG « facilitent » en fournissant du matériel stérile pour éviter des complications désastreuses. Notre *Universel* condamne l'excision et la nomme mutilation, notre *Particulier* s'interroge lorsqu'on s'immerge dans ces cultures (nos valeurs vacillent) mais l'effectivement possible, alias le *Singulier* tranche. Ici pour le moins pire, mais n'est certes pas immuable.

On retrouve alors notre schéma à trois dimensions, qui nous explique comment seul face à sa conscience, on peut prendre une décision en minimisant, voir en occultant l'*Universel*, ou nos valeurs (le *Particulier*).

### **3.5.2 De l'intention à la finalité visée**

L'approche éthique s'intéresse à la fois à l'intention qui sous-tend un projet ou un acte aussi bien qu'à la finalité visée. La culture occidentale contemporaine, marquée par le primat de l'analyse (des situations) et des logiques (institutionnelles ou comportementales) et par la question des moyens (capacités et savoir-faire), a vu se développer, en son sein, des éthiques à dominante juridique ou procédurale, c'est-à-dire marquées par des traductions en termes de consignes, de codes et de modes d'évaluation. Or nous sommes en train de démontrer que c'est une démarche limitative.

L'autre versant de l'éthique, placé sous le signe de la recherche du sens ou de l'interprétation, tend à exprimer, dans la diversité des sensibilités, ce qui est perçu par les sujets comme protégeant ou développant la vie humaine, dans toutes ses dimensions. C'est bien ce versant qui nous intéresse dans ce travail.

### **3.5.3 L'éthique est un débat**

Si le terme « éthique » a été préféré au terme « morale », dans le contexte d'une modernité marqué par la sécularisation des références traditionnelles (d'inspiration religieuse en particulier), c'est qu'il suggère la nécessité d'un débat et d'un discernement dans cette recherche du sens de l'action, que ni l'interprétation sociologique ni la connotation politique n'épuisent. Cela dit, les deux termes ne s'excluent jamais, dans la mesure où ils permettent d'envisager la dimension subjective (éthique) et la dimension sociale (morale) de la responsabilité.

### **3.5.4 Une éthique de situation et une éthique de responsabilité**

Ce que nous a appris l'action humanitaire, au cours des vingt-cinq dernières années, particulièrement l'expérience des organisations « sans frontières » et le témoignage des acteurs de l'urgence, en situation de catastrophe naturelle ou de conflits armés, c'est que la motivation première, en la matière, repose sur la capacité d'indignation et de compassion à l'égard de celles et ceux qui sont blessés dans leur corps ou dans leurs droits fondamentaux. C'est ce sentiment d'appartenance à une commune humanité – tout autant qu'à une communauté humaine – qui a soutenu de nombreuses initiatives et qui constitue un socle éthique à de nombreuses actions de solidarité internationale. Mais c'est toujours insuffisant lorsqu'il faut décider en conscience.

Or, on distingue fréquemment ce qu'il est convenu de nommer « une éthique de situation » et « une éthique de responsabilité », selon que l'on souligne le rapport à l'analyse et au savoir, d'une part, à la liberté et à l'implication de l'acteur (ou des acteurs) d'autre part. Cette distinction est suggestive car elle permet d'entendre qu'il n'y a d'éthique que située dans un contexte, dans un environnement historique et culturel. Elle permet en outre de considérer la tension jamais résolue entre ce que vise l'idéal et les contingences inhérentes à l'agir, dans les situations singulières (c'est ce que nous défendons ici).

### **3.6 La relecture éthique de l'action humanitaire**

La relecture éthique consiste à prendre a posteriori la mesure des engagements dans un projet et à envisager ses suites et ses conséquences. Il s'agit de refaire le parcours de l'action, depuis la décision initiale jusqu'à l'étape qui nous a conduits à l'arrêter, à la suspendre ou à la corriger. Nous pouvons, dans cet esprit, utiliser les « entrées » suivantes :

- Y aller ou ne pas y aller ? Les sollicitations pour des actions de solidarité ne manquent pas. Sur quels critères et dans quelles perspectives la décision d'intervenir sur un terrain se prend-elle ?

- Quels sont les termes de notre engagement dans un projet ? Qui fait quoi ? Avec qui ? Pour qui et pour quoi faire ? Jusqu'à quand ?
- Poursuivre ou ne pas poursuivre ? Une évaluation de l'action est-elle prévue ? A quelle étape ? Avec qui ? La remise en cause ou la correction du projet est-elle possible ? Quelle place pour le devenir des personnes engagées ?
- Le « cahier des charges » du projet peut-il être réactualisé ? L'action appelle toujours l'action : il y a toujours et encore quelque chose à faire. Les termes du « cahier des charges » peuvent-ils être repris et précisés en fonction de l'environnement et de l'évolution du contexte ?
- Entre l'idéal et le possible, quel écart à vivre ? Les convictions personnelles (éventuellement partagées) dessinent un horizon pour l'action. L'expérience du réel, avec ses ambiguïtés et ses pesanteurs, peut décourager les plus convaincus : comment vivre l'écart, non comme une paralysie mais comme un appel au réalisme et à l'efficacité concrète ?
- Entre éthique et politique, quel positionnement ? L'action humanitaire, toujours aux prises avec les pouvoirs et les conflits de pouvoir, aussi bien qu'avec les représentations culturelles et morales, se risque dans l'espace étroit entre le « devoir d'ingérence » et « le respect des histoires singulières ». Comment considérer, dans la relecture du chemin parcouru, la dignité humaine et la liberté des personnes ?

Ces questions, sont effectivement du domaine de l'éthique. Peut-être qu'elles n'ont pas de réponses, que la réponse est insatisfaisante. S'interroger, cela est éthique. L'humanitaire peut constituer un haut lieu de la démarche éthique, puisqu'en mouvance perpétuelle, et en crise. L'éthique ne se pense pas seul, mais la décision éthique elle, doit se prendre parfois dans l'urgence. Or, pour assumer en conscience cette décision qui parfois est la moins pire, il peut être utile de penser aux U, P, S avec une certaine forme d'altérité.

## **Conclusion**

L'éthique dans le domaine de la solidarité internationale prend tout son sens lorsqu'on la considère comme une curiosité de l'autre. Finalement une curiosité de soi (le voyage initiatique) que l'autre nous apporte. L'éthique nous interroge toujours humblement, à la manière d'une naissance qui elle, est toujours pudique.

Pour une sage-femme, pratiquer une démarche éthique au sein de l'humanitaire, c'est finalement réfléchir et agir en conscience, en considérant les *U*, *P*, et *S*. Comme dans un suivi de travail, où nombres d'éléments sont également en tension, il va falloir décider et assumer pour faire naître. Or, lorsqu'on lie humanitaire et éthique, on peut concevoir notre domaine, non seulement comme l'accouchement des corps mais aussi comme celui de « l'âme ». C'est alors, plus que partout ailleurs, que le concept de maïeutique va prendre tout son sens.



## **Bibliographie**

Action Contre la Faim. Géopolitique de la faim. PUF 1999

Brauman R. L'Action humanitaire. Flammarion 1995

Brauman R. Penser dans l'urgence : Parcours critique d'un humanitaire. Seuil 2006

Chappuis R. La solidarité : l'éthique des relations humaines. PUF 1999

Declerck C. L'aide humanitaire de la communauté européenne. PU du Septentrion 2003

Houziaux A. L'aide au tiers-monde, à quoi bon. Ed. de l'Atelier 2005

Laurent Y. Médecins sans frontières : là où les autres ne vont pas. Laffont 1980

Lebas J, Veber F, Bucker G. Médecine Humanitaire. Médecine-Sciences. Flammarion 1994

Le Guide du routard humanitaire : 2002-2003. Hachette Tourisme 2002

Piétri J. De l'humanisme à l'humanitaire. A l'Orient 2000

Rieff D. L'humanitaire en crise. Le Serpent à plumes 2004

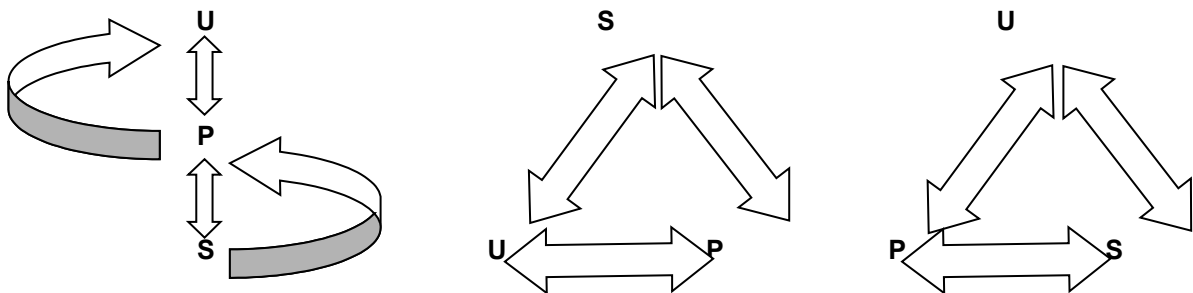
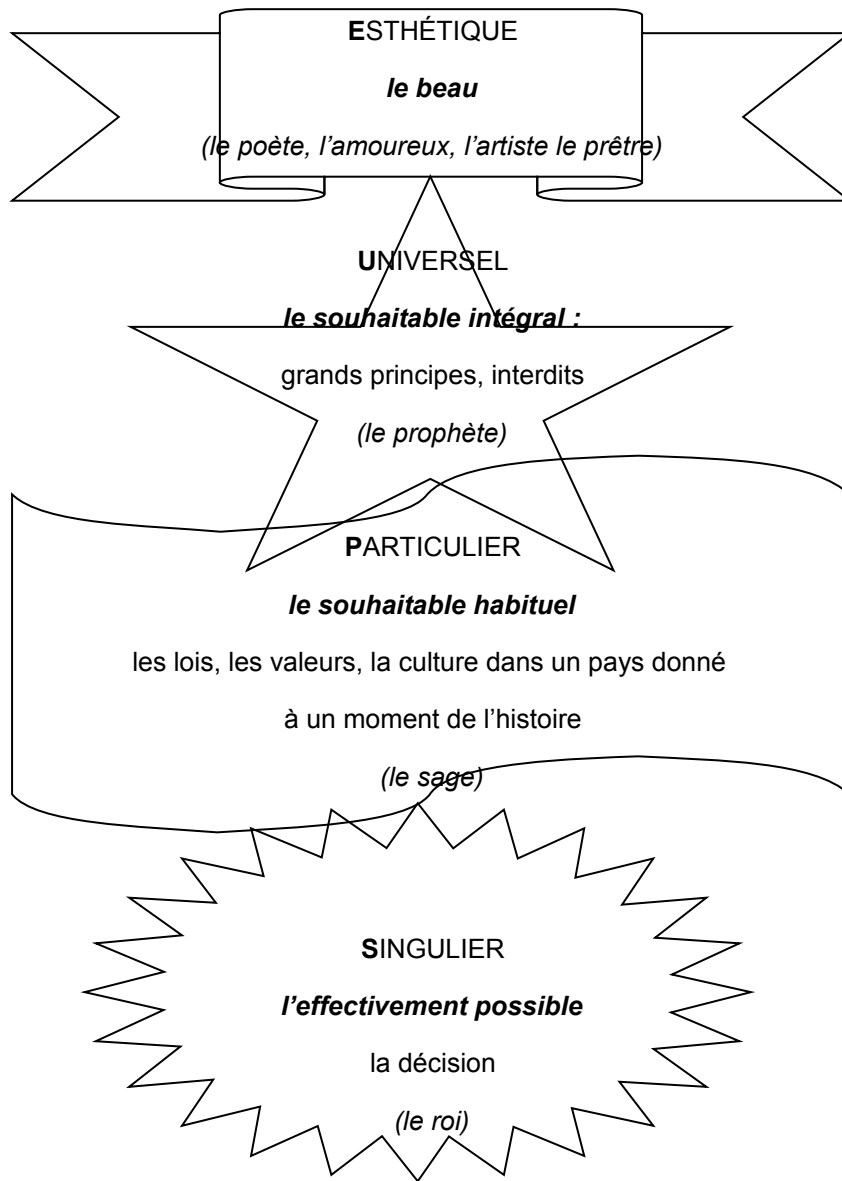
Rubio F. Dictionnaire pratique des organisations non gouvernementales (ONG). Ellipses marketing 2004

Weber O. Humanitaires. Le félin. Kiron 2003

## **Annexes**

**Annexe 1 : Le schéma U, P, S et E**

**SCHÉMA UPS&E**



## **Annexe 2 : Rwanda : La crédibilité française en question par Rony Brauman**

(Extrait des "Dernières Nouvelles d'Alsace, n° 65 du 18/03/98) En marge de l'exposition «Enfances volées, Enfances perdues» organisée par Médecin Sans Frontières à Colmar, Mulhouse et Strasbourg. Rony Brauman, ancien président de cette ONG, revient sur le génocide du Rwanda où beaucoup d'enfances ont été volées et perdues...

Il y a quatre ans, le 7 avril 1994, commençait le génocide au Rwanda. En cent ours, plus de cinq cent mille personnes furent abattues. Leur crime ? Etre tutsi ou opposant au régime du président Habyarimana. Quelques mois plus tôt, les Nations Unies avaient déployé un contingent de Casques bleus, chargé de surveiller les accords de cessez-le-feu dans ce pays en état de guerre depuis 1990. Au lieu de renforcer cette force, le Conseil de Sécurité décida de l'évacuer dans sa quasi-totalité. Et comme pour mieux affirmer leur indifférence cynique, les grands de ce monde refusèrent d'employer le mot de génocide dans les résolutions dudit Conseil de Sécurité : ils lui préférèrent celui de «crime humanitaire». Cette variation sémantique n'a rien d'innocent, car la reconnaissance du génocide, au moment où il était commis, impliquait une action de force de la Communauté internationale pour mettre un terme aux tueries.

Assistance militaire Médecins Sans Frontières avait tenté, à ce moment, d'alerter l'opinion en criant qu'«on n'arrête pas un génocide avec des médecins». Nous ne fûmes pas entendus. Plusieurs mois avant le déclenchement des tueries, les Nations unies avaient été secrètement informées de l'existence d'un programme d'extermination des Tutsis : elles n'en tinrent pas compte.

Comme pendant la seconde guerre mondiale, le terrifiant secret fut bien gardé. Si cet événement concerne la France, ce n'est pas seulement en raison de la gravité exceptionnelle des faits, ou de son statut de membre permanent du Conseil de Sécurité. C'est aussi et surtout parce que notre pays s'est engagé aux côtés du régime du Rwanda dès le début de la guerre : aux termes d'un «accord

particulier d'assistance militaire» signé en 1975, la France a envoyé, en octobre 1990, un premier détachement militaire. L'«Opération Noroît» permit à l'armée rwandaise de repousser l'assaut de l'opposition armée regroupée dans le FPR (Front Patriotique Rwandais), et à la France de supplanter la Belgique, ancienne puissance coloniale. Une deuxième intervention, de même nature, fut lancée en février 1993. Entre-temps, en dépit des signes de démocratisation donnés par le gouvernement rwandais, la répression se faisait de plus en plus sanglante. Des informations précises sur les massacres perpétrés par l'armée et les milices furent publiées. Non seulement on ne les entendit pas, mais l'ambassade de France s'employa à les disqualifier. Prisonnière d'une logique de soutien total à ce régime, la France ne cessa d'accroître son assistance militaire, allant jusqu'à participer au quadrillage policier du territoire. En moins de quatre ans, de ce fait, l'armée rwandaise a multiplié ses effectifs par dix, et considérablement augmenté son pouvoir de feu pour assurer la sécurité de son régime. Pas de débat Toutes ces décisions ont été prises dans le secret des «cellules» spécialisées de l'Elysée et des ministères. Aucun débat parlementaire, aucune délibération publique n'a permis de les expliquer. L'exceptionnelle gravité des événements qui ont suivi - le génocide, l'exode vers le Zaïre et les massacres de réfugiés - justifie que l'on sorte de cet autoritarisme et de cette opacité. C'est ce qui a poussé un groupe de chercheurs et d'ONG à demander la mise en place d'une commission d'enquête parlementaire sur le rôle de la France au Rwanda entre 1990 et 1994. Paul Quilès, président de la Commission de la défense du Parlement, a répondu par une mission d'information, assurant qu'elle disposerait des mêmes pouvoirs et prérogatives. L'occasion est offerte d'ouvrir une brèche dans la tradition de clientélisme et de secret qui caractérise la France dans ce domaine. Il y va de la crédibilité de la France en Afrique, amis aussi de la démocratie dans notre pays.

[NDLR : Le comportement de la France au Rwanda a été le même dans le conflit congolais à Brazzaville. Il y a eu non assistance à peuple en danger de mort. Son armée était sur place. Elle a utilisé son droit de veto au Conseil de Sécurité de l'ONU pour empêcher l'envoi de la Force internationale d'interposition ou de paix au Congo, dans le but de favoriser l'un des belligérants qu'elle activement soutenu. On sait qui. C'était le même partenaire en 1977, à l'assassinat du Président Marien Ngouabi.]

## Annexe 3 : Volontariat de Solidarité Internationale et parcours citoyen

Ils sont 10 000 volontaires à être partis en mission depuis 1998 sur des projets de développement et d'urgence humanitaire. Qu'ils soient infirmiers, ingénieurs agronomes, animateurs, logisticiens, techniciens du bâtiment ou encore gestionnaires... les volontaires de solidarité internationale s'investissent au quotidien pour construire un monde plus solidaire.

Afin de mieux les connaître et de comprendre comment se passe leur retour de mission, le Comité de Liaison des ONG de Volontariat a demandé à IPSOS de réaliser une étude sur les volontaires rentrés de mission depuis moins de 5 ans. Cette enquête a pu voir le jour grâce au soutien financier du ministère des Affaires étrangères et à la mobilisation des associations membres du CLONG. Les 500 volontaires interrogés pour cette étude étaient partis avec l'Association Française des Volontaires du Progrès, ASMAE l'Association Sœur Emmanuelle, ATLAS Logistique, le CEFODE, la Délégation Catholique pour la Coopération, le DEFAP - Service protestant de mission, Enfants Réfugiés du Monde, Fidesco, Handicap International et le Service de Coopération au Développement.

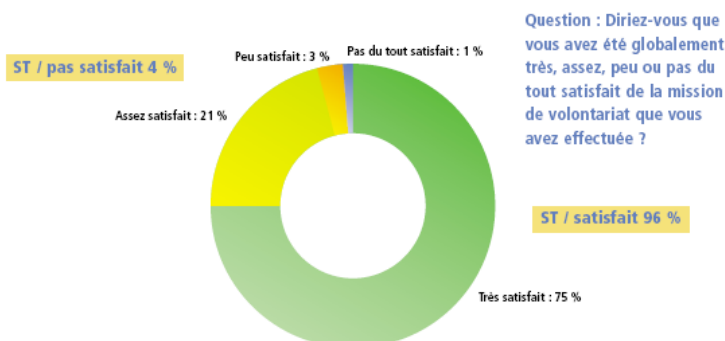
Riche en enseignements, cette étude révèle la particularité du profil des volontaires, leur enthousiasme pour leur mission, ainsi que leur fort degré d'engagement associatif au retour en France. L'enquête confirme également que le volontariat de solidarité internationale permet le développement de qualités humaines qui favorisent l'émergence de liens entre les cultures et entre les personnes. Il est aussi une expérience formatrice, qui nécessite des compétences de départ et conduit souvent les volontaires à assumer des responsabilités importantes sur le terrain. Pour nombre d'entre eux l'expérience acquise sera prise en compte par leur futur employeur.

Toutefois, le statut de volontaire de solidarité internationale demeure encore aujourd'hui peu connu des administrations, des entreprises et du grand public. C'est pourquoi, le CLONG-Volontariat a le plaisir de présenter le parcours de ces volontaires afin que leurs actions humanitaires et de développement, qui relèvent du domaine de l'intérêt général, soient enfin reconnues et valorisées.

*Michel Wagner, Président du CLONG-Volontariat*

## LA SITUATION DES VOLONTAIRES AU RETOUR

**Un niveau de satisfaction à l'égard de la mission très prononcé, voire unanime**



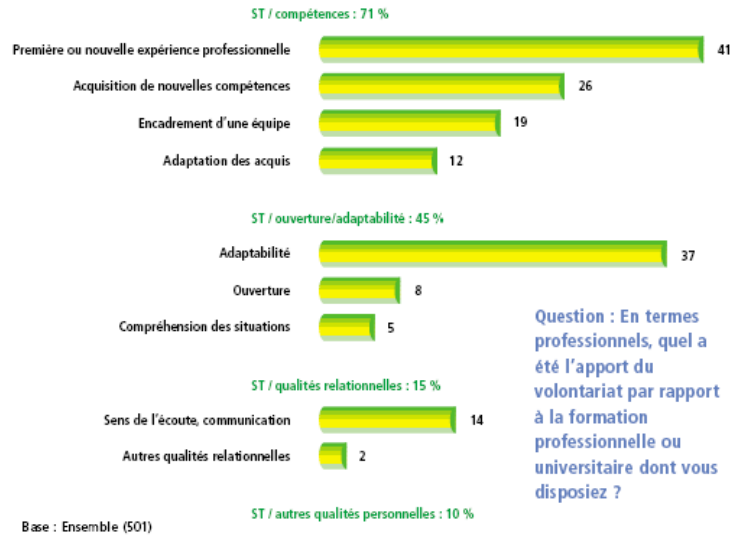
Base : Ensemble (501)

Ni la durée de recherche d'emploi au retour de mission, ni la perception de la difficulté au retour n'émoussent le niveau de satisfaction : le niveau global de satisfaction s'établit à 96 %.

## Des apports indéniables : le volontariat est vécu comme une expérience professionnalisante

Le volontariat est une expérience formatrice, qui nécessite des compétences de départ et conduit souvent les VSI à assumer des responsabilités importantes sur le terrain. Pour les volontaires, cette expérience permet d'acquérir des capacités utilisables dans la vie professionnelle : 37 % y ont gagné en "adaptabilité", en "nouvelles compétences" (26 %), ou en qualités managériales (19 %). Le volontariat peut donc être considéré comme une réelle expérience professionnalisante.

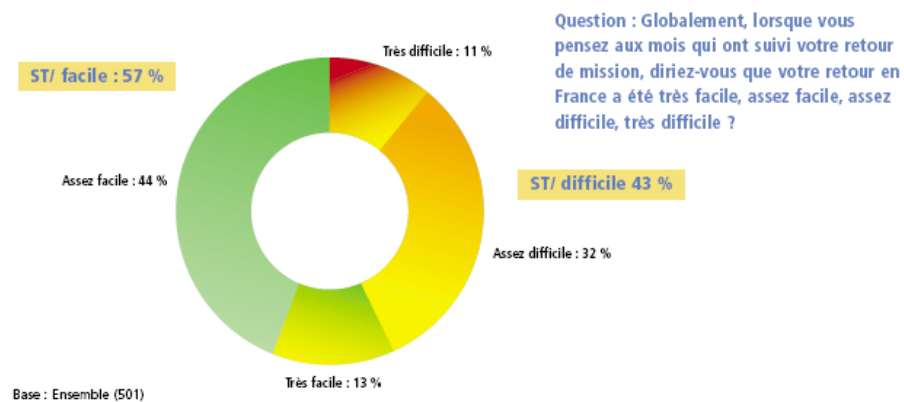
### Les apports professionnels de l'expérience du volontariat



## Toutefois, le niveau de satisfaction à l'égard de la mission contraste avec la perception du retour, qui suscite des opinions partagées.

58 % des volontaires jugent que leur retour en France a été facile.

Les résultats de cette question sont fortement influencés par la durée de recherche d'un emploi. Mais d'autres facteurs rentrent également en ligne de compte pour expliquer le fait que 42 % des volontaires qualifient leur retour de "difficile".

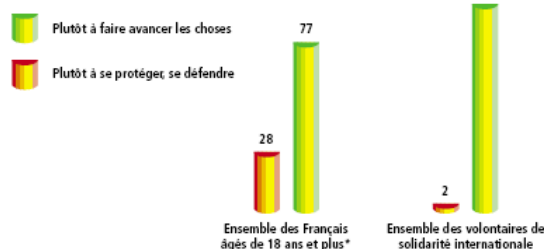


Comparés à l'ensemble des Français, les volontaires se distinguent par leur vision proactive de l'engagement.

# LE VOLONTARIAT : UNE EXPÉRIENCE QUI PROFITE À LA SOCIÉTÉ

Comparés à l'ensemble des Français, les volontaires conçoivent l'engagement quasi unanimement comme une façon de "faire avancer les choses". Ce point de vue est partagé par l'ensemble des volontaires, sans clivage socio-démographique ou relatif à leur engagement actuel ou passé dans un mouvement citoyen.

### S'engager aujourd'hui, cela sert...



Question : De laquelle de ces deux opinions vous sentez-vous le plus proche ?

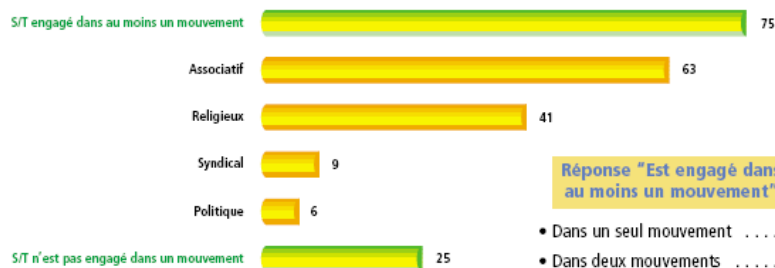
\* Baromètre Cidem Sofres réalisé en avril 2003 auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

Les volontaires associent à cette attitude un comportement également très engagé : les trois quarts sont impliqués dans un mouvement citoyen.

Les deux tiers des volontaires déclarent qu'ils étaient engagés avant le départ. Au retour, ils sont encore trois quarts à être investis dans un mouvement principalement associatif ou religieux.

### L'engagement des VSI après la mission

Question : Aujourd'hui, êtes-vous engagé dans une action ou un mouvement... ?



Réponse "Est engagé dans au moins un mouvement"

- Dans un seul mouvement . . . . . 39 %
- Dans deux mouvements . . . . . 30 %
- Dans trois mouvements ou plus . . . 6 %

Base : Ensemble (501)



## LES ASSOCIATIONS MEMBRES DU CLONG-VOLONTARIAT

- ▶ **AFVP - Association Française des Volontaires du Progrès :**  
370 volontaires dans environ 40 pays. Chemin du Bois du Faye, Linas - BP 207 - 91311 Montlhéry Cedex - [www.afvp.org](http://www.afvp.org)
- ▶ **ASMAE - Association Sœur Emmanuelle :**  
Environ 20 volontaires dans 8 pays. 26 bd de Strasbourg - 75010 Paris - [www.asmae.asso.fr](http://www.asmae.asso.fr)
- ▶ **ATLAS Logistique :**  
50 volontaires dans 14 pays. 41 quai Rambaud - 69002 Lyon - [www.atlas-logistique.org](http://www.atlas-logistique.org)
- ▶ **CEFODE - Coopération et formation au développement :**  
50 volontaires dans 3 régions. Espace Nord-Sud - 17 rue de Boston - 67000 Strasbourg - [www.cefode.free.fr](http://www.cefode.free.fr)
- ▶ **DCC - Délégation Catholique pour la Coopération :**  
Environ 500 volontaires dans 70 pays. 11 rue Guyton de Morveau - BP 303 - 75625 Paris Cedex 13 - [www.ladcc.org](http://www.ladcc.org)
- ▶ **DEFAP - Service protestant de mission :**  
Environ 70 volontaires dans 7 zones. 102 bd Arago - 75014 Paris - Email : [defap@protestants.org](mailto:defap@protestants.org)
- ▶ **ERM - Enfants Réfugiés du Monde :**  
Environ 20 volontaires dans 11 pays. 34 rue Gaston Lauriau - 93512 Montreuil Cedex - [www.enfantsrefugiesdumonde.org](http://www.enfantsrefugiesdumonde.org)
- ▶ **FIDESCO :**  
Environ 100 volontaires dans 30 pays. BP 104 - 92203 Neuilly-sur-Seine Cedex - [www.fidesco-international.org](http://www.fidesco-international.org)
- ▶ **GREF - Groupement des Retraités Éducateurs sans Frontières :**  
300 volontaires retraités dans environ 30 pays. 3 rue de la Chapelle - 75018 Paris - [www.gref.asso.fr](http://www.gref.asso.fr)
- ▶ **Handicap International :**  
Environ 160 volontaires dans 53 pays. 14 avenue Berthelot - 69361 Lyon Cedex 07 - [www.handicap-international.org](http://www.handicap-international.org)
- ▶ **IFAID Aquitaine - Institut de formation et d'appui aux initiatives de développement :**  
17 cours des Aubiers – 33300 Bordeaux - [www.ifaid.org](http://www.ifaid.org)
- ▶ **SCD - Service de Coopération au Développement :**  
200 volontaires dans 38 pays. 202 chemin de Fontanières - 69350 La Mulatière - [www.scd.asso.fr](http://www.scd.asso.fr)

Les "Périnatalités En Développement"- Approche éthique de la sage-femme humanitaire -

### **RESUME :**

Avec l'accroissement des inégalités Nord-Sud dans le monde, la communauté internationale et les ONG s'impliquent plus et différemment dans les actions de solidarité. De grands programmes et de grandes idées sont proposés, notamment autour de la mère et l'enfant.

Aussi, le but de l'étude est de démontrer l'importance de la place de la sage-femme française dans la solidarité internationale. Mais avec un regard éthique, celui qui essaie de comprendre, d'évaluer à quoi on consent dans des situations souvent précaires ou même dangereuses, au sein d'une culture autre.

C'est d'abord sur la base de témoignages de sages-femmes, que nous allons apprécier, les motivations, les impressions, les difficultés qu'elles rencontrent. Mais c'est aussi sur des données sociologiques et épidémiologiques que nous allons appuyer notre réflexion, pour démontrer le rôle essentiel de l'éthique dans cet univers basé sur des dilemmes ; et pourquoi pas de proposer nous même une éthique, de terrain et de tous les jours. On constate entre autre, au cours de la réflexion que les tendances actuelles s'orientent vers un humanitaire de développement, que les motivations au départ ont tendance à évoluer vers une quête d'authenticité, aux dépens d'une quête morale ou religieuse. On constate également que les grands principes occidentaux, codes et chartes, ne suffisent pas à construire une éthique de terrain. En articulant, *Universel*, *Particulier* et *Singulier*, nous proposons une méthode dynamique pour affronter courageusement les dilemmes éthiques.

The "Perinatalities Under Development" - Ethical place of the humanitarian midwife –

### **ABSTRACT:**

With the increase in North-South inequalities in the world, the international community and NGOs are more and more involved in a number of different ways in aid programmes. Vast programs and a great many ideas are proposed, in particular around the mother and the child.

The purpose of the study is to show the importance of the place of the French midwife in international solidarity. But with from an ethical approach, which tries to understand, to evaluate how far one is prepared to go in often precarious or even dangerous situations, within a different culture.

Initially, from first-hand accounts of midwives, we appreciate, the motivation, impressions and difficulties which they encounter. But it is from sociological and epidemiological data that we will develop our observations, to show the essential role of ethics in a context full of dilemmas; and maybe even propose an ethics, for the field and every day practice. It is noted amongst other things, that the current tendencies lead towards humanitarian aid, for development and that initial motivation tends to evolve to a search for authenticity which depends on a moral or religious search. It is also noted that great Western principles, codes and charters, are not enough to build an ethics in practice. By articulating, The *Universal*, the *Particular*, and the *Singular*, we propose a dynamic method to tackle ethical dilemmas head on.

Keywords: Midwife, humanitarian, ethics

École de sages-femmes de Bordeaux

Année universitaire 2006-2007

Nom de l'étudiant :	RIOUST Julien
Titre du Mémoire :	Les "Périnatalités En Développement" - Approche éthique de la sage-femme humanitaire
Directeur mémoire :	du FAUCHER Jacques

#### APPRECIATION DU DIRECTEUR DE MEMOIRE

**L'étudiant a mené une revue large de la littérature afin de préciser sa problématique.**

La revue de la littérature n'est pas très étendue du point de vue des livres et articles imprimés. Julien RIOUST est bien de son époque ayant trouvé sur Internet de nombreux documents dont certains sont très intéressants alors qu'ils ne sont pas imprimés.

**L'étudiant(e) a su définir sa problématique et les hypothèses de travail.**

Oui. Cela n'a pas été facile de repenser l'hypothèse initiale originale en fonction des documents trouvés. Les catégories Universel, Particulier, Singulier, ont permis d'articuler et de différencier des hypothèses de natures différentes. La deuxième partie sur les conditions particulières de la Périnatalité dans les Pays En Développement dresse un tableau connu par les professionnels de l'humanitaire mais très impressionnant sur l'ampleur et la complexité de la tâche pour ceux qui sont moins informés. La troisième partie aurait sûrement mérité d'être plus problématisée ; cela demande une expérience que l'étudiant devenu professionnel pourra mettre en œuvre en équipe à l'épreuve du réel de missions à venir.

**L'étudiant a choisi en concertation avec le Directeur de mémoire la population, l'outil et la méthodologie de sa recherche.**

Oui. Le mémoire propose surtout une analyse de documents et de rapports existant sur le sujet exploré, l'étudiant n'ayant jamais fait d'expérience concrète d'intervention humanitaire. Des entretiens avec des sages-femmes et des professionnels ayant une sérieuse expérience ont permis de dépasser la seule exploration de documents écrits en confrontant Julien RIOUST à la réalité souvent déroutante rencontrée sur le terrain.

**L'étudiant a mené sa discussion en s'appuyant sur ses résultats, d'autres recherches validées et variées, sa partie théorique.**

Julien RIOUST a su reprendre l'organisation générale de son mémoire en fonction des recherches validées par des responsables d'organismes humanitaires et en proposant une analyse théorique donnant des outils utiles pour une réflexion éthique.

**L'étudiant a respecté la chronologie de la réalisation du mémoire : revue de bibliographie, enquête, discussion.**

Oui. Avec les aléas de l'enthousiasme de la recherche tous azimuts, des entretiens qui conduisent ailleurs que ce que l'on avait esquissé à la seule lecture des documents, l'étape de la formalisation qui oblige à reformuler les hypothèses de départ : en un mot, l'aventure de la recherche...

**Ces échanges avec le Directeur de mémoire ont-ils été en nombre et délais**

**pertinents ?**

Oui. Avec toujours la même réticence de la part des étudiants de rencontrer le directeur à des moments où les hypothèses sont à peine esquissées, au risque de passer pas mal de temps sur des voies qu'il faut ensuite minimiser. Les discussions avec Julien RIOUST ont été parfois vives et animées. Il défend bien ses positions. Il a su entendre des critiques. Il a su me résister en défendant son point de vue. Et sur certains points, la deuxième partie en particulier, je crois qu'il a eu raison.

**Appréciation générale : Très satisfaisante.**

La lecture des élaborations successives du mémoire, les discussions avec Julien RIOUST et la lecture définitive du mémoire ont été pour moi très stimulantes et riches en découvertes.

--	--

**Mention très honorable**