La santé des femmes en situation de conflit : du paternalisme vers une maïeutique humanitaire. Changement de paradigme ?

Nelly Staderini, MSF

nelly.staderini@geneva.msf.org

Conférence prononcée en octobre 2021 lors des 26es Actualités du Pharo à Marseille

MSF a 50 ans cette année

50 ans d'action humanitaire dans l'urgence et auprès de populations dites vulnérables.

A 50 ans, MSF (Médecins Sans Frontières) est une organisation devenue tentaculaire avec plus de 400 projets dans 70 pays, plus de 60 000 personnels (originaires de 140 pays) qui se mobilisent quotidiennement et 2 milliards de dollars de budget annuel grâce à plus de 7 millions de donateurs à travers le monde.

Une croissance exceptionnelle. Une imperméabilité aux crises politiques certaine.

Jusqu'ou irons-nous, se demande-t-on régulièrement au sein de l'association ?

Est-ce que l'on pourra maintenir le cap d'une exigence de qualité dans les soins prodigués, alliée à l'innovation médicale qui nous tient à cœur ?

Jusqu'ou nous emmènerons les problématiques contemporaines : des changements d'identité, de sexe, et de genre, aux changements climatiques. Allons-nous nous lancer dans l'immunothérapie pour le cancer et l'hormonothérapie pour les Trans ?

Une chose est certaine, nous irons là où les besoins nous conduiront. Nous essayerons avec la prise de risque que demande toute intervention dans un contexte médical ou géopolitique inconnu. Nous n'avons toujours pas peur d'échouer.

Et la santé des femmes dans tout cela ?

La santé des femmes occupe une partie grandissante à MSF, avec notamment plus de 300 000 accouchements assistés annuellement car la réduction de la mortalité maternelle reste une préoccupation quotidienne et que cela se passe à ce moment-là, en donnant naissance.

Nous avons enregistré aussi plus de 800 000 consultations anténatales l'année dernière et ce, malgré la diminution drastique de fréquentation de certains centres de santé comme conséquence directe de la pandémie actuelle.

Près de 150 000 femmes sont également venues en consultation post natale et plus de 400 000 consultations ont été faites pour répondre aux demandes contraceptives en tous genres.

Mais surtout, c'est une courbe exponentielle qui est apparue sur nos graphiques annuels illustrant les rapports d'activités, illustrant l'augmentation incroyable des demandes d'interruption volontaire de grossesse, partout, que les lois soient favorables ou restrictives, quels que soient les contextes culturels et religieux, quelques soient l'âge des femmes et avec une proportion non négligeable de demandes au cours du deuxième trimestre de grossesse bien souvent par manque d'accès aux soins plus précoces ou par méconnaissance de l'état de grossesse.

Au total, plus de 30 000 IVG ont été réalisées en 2020 (même chiffre que le nombre de victimes de violence sexuelle traitées par MSF) dans le cadre de nos interventions et nous savons que ceci ne représente que la partie visible d'un iceberg contemporain.

Nous pensions accompagner une évolution, nous avons été surpris par une révolution.
Celle des femmes du monde d'aujourd'hui.

Alors voilà, au-delà du suivi de grossesses et de la période du post-partum, MSF met un accent particulier sur l'offre de contraception, et la gestion des avortements et de leurs complications.

Mais un investissement plus récent s'est fait aussi sur la prévention du cancer du col de l'utérus et sur les maladies sexuellement transmissibles au-delà du VIH. Parce que nous voulions investir les problématiques des femmes au-delà de leur statut de mère. Parce que nous avons vu la diminution de la mortalité maternelle de ces 20 dernières années -quoique certains pays restent dramatiquement touchés par cette hécatombe intolérable- croiser la courbe ascendante de la mortalité des femmes liée au cancer du col de l'utérus.

Parce que les plaintes pour des douleurs abdominales et des pertes vaginales sont omniprésentes dans les salles de consultations et pas toujours ni facile à diagnostiquer, ni facile à traiter. Il y a aussi les récurrences, les réticences aux traitements des partenaires, les résistances émergentes aux antibiotiques...

Alors voilà pourquoi nous avons élargi notre offre de soin et ajusté nos politiques sanitaires. Mais en parallèle à l'expansion de ce que nous faisons et où nous opérons, nous nous sommes aussi interrogés sur qui nous étions devenus et surtout de comment on faisait et comment on voudrait faire, pour faire mieux.

Les débats internes sont notoires et on parle de racisme, d'héritage colonial, d'abus...Et de paternalisme !

Alors, est-ce que l'Humanitaire est paternaliste ?

Le fait même que l'on se pose encore la question est révélateur. Nous devons assumer le passé colonial des sociétés fondatrices dont nous sommes issues. Nous devons assumer le côté paternaliste de la médecine occidentale. Nous devons reconnaître pour aller au-delà et inventer l'humanitaire de demain qui doit être plus à l'écoute des populations, sans interprétations ni préjugés même s'il est difficile d'enlever les références à ses propres repères. Reconnaître encore le décalage culturel avec lequel nous arrivons, que l'on véhicule consciemment ou non.

Or, l'Humanitaire est un immense projet de liberté même si paradoxalement nous grandissons, nous nous institutionnalisons avec toutes les lourdeurs sous-jacentes. Quelle serait notre justification sans dialogue ?

On est paternaliste, oui, mais on se soigne...

**Aujourd'hui je voudrais vous parler, et sûrement parce que je suis sage-femme, de la transition de ce paternalisme vers ce que j'espère être une maïeutique humanitaire en gestation...
Et ce n'est pas rien, c'est un véritable changement de paradigme qui s'opère.**

Et pour cela il faut demander aux gens quels sont leurs savoirs et ce qu'ils en pensent car on ne peut pas le deviner. Sortons de l'asymétrie (intrinsèque) de la relation d'aide. Les progrès de la médecine, l'approche multidisciplinaire et les avancées technologiques des nouveaux outils de diagnostic nous le permettent. L'éducation thérapeutique rend intelligible ce que nous voulons transmettre comme information. Il faut encore reconnaître le savoir des patients, le

légitimiser et sortir d'une relation avec ses enjeux de pouvoir. Sans se leurrer pour autant, sans omettre les sociétés dans lesquelles les populations vers qui nous allons sont ancrées.

Mais d'où cette volonté de changement vient-il ?

MSF s'est adapté au fil du temps aux contraintes d'accès aux populations en développant de nouvelles approches centrées sur les patients.

Les difficultés d'accès aux soins dans certains conflits nous interrogent mais aussi, et en parallèle, la simplification de certains outils diagnostiques et des protocoles de prise en charge permette actuellement de nouveaux modèles de soins, les rendant potentiellement plus accessibles comme l'auto-gestion.

Mais de quoi parle-t-on au juste ?

L'auto-gestion peut désigner par exemple la prise d'une pilule contraceptive d'urgence ou quotidienne, la palpation de la poitrine à la recherche de grosseurs pouvant alerter sur une éventuelle tumeur, le diagnostic d'une grossesse en cours grâce au test de grossesse ou la prise en charge d'un avortement médicamenteux dont on dit aujourd'hui qu'il représente une procédure dont les risques sont inférieurs à une simple injection.

C'est aussi effectuer son propre prélèvement dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus avec l'apparition de ces dernières années de l'auto-prélèvement pour le test du papillomavirus humain (dit HPV) ou l'autotest salivaire qui permet de dépister le VIH chez soi avant d'aller faire confirmer le diagnostic dans un centre de santé ultérieurement.

Avec le soutien nécessaire de personnes expérimentées ou d'un personnel soignant, l'auto-prise en charge permet aux populations de reprendre le contrôle de leur santé, facteur indéniable de la dignité, bien souvent malmenée sur nos terrains d'intervention.

Mais surtout, elle repose sur des méthodes fiables et favorables au bien-être des populations dans leur ensemble.

Pour les femmes et jeunes filles qui ne peuvent accéder facilement aux soins, cette auto-prise en charge, pratiquée avec ou sans l'assistance d'un professionnel de santé, peut les aider à rester en bonne santé et savoir comment s'informer sur les questions de santé auprès d'une personne de confiance ou sur une application numérique.

Ces nouvelles perspectives transforment fondamentalement les relations soignants-patients et vont vers plus d'autonomie dans les soins tout en garantissant une qualité similaire. Une perspective bienvenue par les femmes comme en témoignent déjà nos études de satisfaction.

Mais comment vous faites ? me direz-vous ...

Nous sommes en gestation. Nous donnons naissance à de belles initiatives à capitaliser, à partager, à encourager. Car il ne faut pas se mentir ni se leurrer, malgré les outils mis à disposition, et l'optimisme face aux avancés quant aux nouveaux outils diagnostiques par exemple, nous nous heurtons à une forme d'inertie qui nous ramène trop souvent vers le rivage de ce que l'on sait faire, de notre zone de confort, de la répétition d'acquis plutôt que vers l'expérimentation, l'innovation et la prise de risque inerrante.

Alors on lutte, contre des idées reçues en interne, contre des politiques sanitaires en externe, contre le prix exorbitant de ces nouveaux outils diagnostiques qui ne nous permettent pas de

véritable passage à l'échelle alors que l'on sait le potentiel que cela représente, contre les réticences au lâcher prise....

Car c'est de cela qu'il s'agit, au-delà des possibilités, c'est cette peur de ne plus être à la barre, de ne plus contrôler ni maîtriser.

Alors, pour effectuer ce changement de paradigme, nous mettons en place des stratégies d'accompagnement pour faire de cette transformation un succès.

Nous investissons notamment dans la formation du personnel soignant et non soignant, ainsi que le transfert de savoir et de compétences aux femmes car il est nécessaire.

Car faire confiance aux populations et mettre à disposition une offre de soin plus proche de la communauté est le défi à relever aujourd'hui pour répondre aux enjeux humanitaires de demain.

Mais comment allons-nous faire au sein d'une telle organisation et au-delà des formations ?

La prochaine étape sans laquelle toute ambition serait vaine, c'est au-delà du « dé » de décolonisation ou de dé-occidentalisation, la remise en question, profonde, de l'exercice du pouvoir dans l'action humanitaire.

Car ce tabou est au cœur de la véritable révolution à opérer et sans sa déconstruction- au-delà de discours et bonnes intentions- ce ne sera que du cosmétique.

C'est bien la mise à nue des enjeux de pouvoirs et notamment internes (organisations et gouvernements) et en regard des sociétés avec lesquelles nous interagissons qui permettra une avancée vers une relation plus équilibrée.

On parle souvent de « nos » patients, mais « nos » patients ne nous appartiennent pas.

Essayons d'aller plus loin dans la réflexion...

Allons-nous rester en fin de cycle de projet si les femmes refusent le départ de MSF puisqu'elles savent mieux que nous ce que cela va représenter comme perte de qualité des soins ?

Quel pouvoir met-on entre leur main pour manifester leurs opinions et revendications très souvent légitimes ?

Sommes-nous prêts à remettre en question notre envie de partir ?

Sommes-nous prêts à répondre à leur demande, leurs besoins, leur temporalité ?

Entendons-nous ce que veulent dire les populations ?

Sommes-nous prêts à nous mettre au service de, au lieu de proposer nos services à, voire d'en imposer les modalités (triage, horaire, liste de médicaments, type de personnel...)

A quand un accès à des soins sans passer par la case salle d'attente pour des « patients » dont le seul vocabulaire évoque la passivité dans laquelle ils sont mis ?

Un accès direct pour « impatient » comme peut être celui qui a à faire. Une salle d'écoute, de dialogue à la place d'une salle d'attente, voilà vers où il faudrait aller. Un partenaire de soins où le patient transmettrait son savoir être de patient autant que le soignant transmettrait sa connaissance de soignant. Aller vers des regards croisés, un apprentissage mutuel, un échange horizontal et non plus vertical.

Aujourd'hui nous sommes encore au rez-de-chaussée de tout cela. Mais on a des outils permettant la co-construction de savoir et savoir-faire, de l'auto-diagnostic à l'auto prise en charge, et c'est ce que j'entends par maïeutique de l'humanitaire.

C'est ce dont on peut parler aujourd'hui car cela peut constituer les fondations d'une nouvelle aire qui ne serait plus de l'aide gratuite et en sens unique mais un collectif dont chacun aurait une participation possible, une contribution à déterminer. Un enjeu de partage qui remplacerait celui du pouvoir (conscient ou inconscient), tout simplement.

Pour terminer, je voudrais vous parler de l'avortement, et dire où nous en sommes car c'est aujourd'hui un très bel exemple d'un parcours qui nous a mené jusqu'au domicile des femmes.

La réponse à leurs demandes nécessite une confidentialité qui n'est pas toujours quelque chose de simple à mettre en place et à garantir et c'est malheureusement une des raisons de la non-réponse à une demande. Nous travaillons bien sûr en interne là-dessus mais cela nécessite d'avoir tout le monde à bord pour que confidentialité ne se transforme pas en clandestinité. Malheureusement nous nous heurtons encore à des peurs, souvent liées à une méconnaissance du sujet, alors qu'en fait et avec un peu d'expérience on se rend compte que l'on arrive toujours à trouver une solution, un moyen de pouvoir répondre aux demandes.

Cela dit cette question de confidentialité reste cruciale, et c'est une des raisons pour lesquelles, les femmes, sont très intéressées par l'offre de soin à domicile. Elles nous disent, elles-mêmes, que ce sera plus facile de trouver le bon moment, le bon endroit, la bonne personne pour les accompagner car parfois l'environnement hospitalier n'est pas si hospitalier que cela pour elles. Or il est fondamental de répondre à leurs besoins car c'est la non-réponse qui constitue le vrai danger.

Les conséquences de la non prise en charge de l'avortement peuvent être dramatiques sur le plan sanitaire avec des infections et des hémorragies mortelles lorsque ces avortements sont pratiqués dans de mauvaises conditions. Mais il y a d'autres dangers dont parlent les femmes : celui de se faire tuer par son mari, son père ou son petit ami s'ils apprennent la grossesse. Alors elles n'ont parfois pas d'autres choix que de se menacer elles-mêmes, de se suicider, parce qu'elles préféreraient cela que de se faire tuer par quelqu'un d'autre. C'est ça le vrai danger.

Il est donc impératif de les aider car les femmes savent très bien ce qu'elles veulent, en tous cas, celles qui en général, arrivent dans les salles de consultations après avoir attendu parfois toute la journée sous le soleil, par 40 degrés. Elles savent non seulement ce qu'elles veulent sans ambiguïté ni hésitation, mais elles savent aussi très bien comment elles veulent que cela se passe pour peu que l'on prenne le temps d'en discuter avec elles. Elles arrivent en général après un parcours de recherche de soins qui a été long et compliqué. Elles sont dans une demande absolument urgente de réponse à leur demande.

En face d'elle, nous devons non seulement les écouter, mais les entendre et leur répondre.

Je voudrais ainsi terminer par le partage de leurs témoignages. Trois des 15 que nous avons récemment récoltés dans le cadre de la journée internationale de l'avortement le 28 Septembre 2021. Nous avons décidé de leur donner enfin la parole. Certaines n'ont pas hésité à nous raconter leurs histoires, leurs vécus.

1- J'ai remercié MSF de m'avoir facilité les choses

C'était ma première grossesse. Au début, tout semblait normal. Mais quand j'ai atteint le cinquième mois, le bébé bougeait très peu. Je suis allée voir un médecin qui travaille dans mon village et elle a fait une échographie, qui a montré que le bébé était déformé. Je suis retournée chez la gynécologue et elle m'a dit qu'on ne pouvait rien faire.

J'ai refait l'échographie dans deux autres endroits. Ils m'ont dit des choses comme : "Si vous avez de la chance, cet enfant ne va pas naître" et "Même si l'enfant naît, il ne vivra pas longtemps."

J'ai cherché sur internet pour voir si l'avortement était en accord avec ma religion et j'en ai parlé à des membres de ma famille en qui j'ai confiance. Toutes les réponses indiquaient que c'était interdit, puisque le fœtus avait un rythme cardiaque. Mais je ne pouvais pas accepter ça.

Je suis allée à l'hôpital MSF. Ça a pris un mois pour trouver un établissement qui allait m'aider. J'ai rencontré le médecin là-bas, et elle m'a amenée à l'intérieur. Elle m'a donné une enveloppe et m'a indiqué de prendre les pilules abortives toutes les trois heures, une fois que je serai chez moi.

Au bout de quelques heures, j'ai commencé à ressentir de la douleur.

Le médecin MSF m'a soutenue pendant toute cette période. Je l'appelais au téléphone et elle me répondait, même au milieu de la nuit.

De 4 heures du matin jusqu'à ce que l'avortement soit terminé à 15 heures, elle me surveillait régulièrement.

C'était très bien de pouvoir mettre fin à cette grossesse en toute sécurité. Et je remercie Dieu, ainsi que MSF, de m'avoir facilité les choses. Le médecin MSF m'a donné des conseils qui m'ont évité de trop souffrir. Je n'avais même pas 20 ans et j'ai dû faire face à cette situation difficile. Je suis étudiante et j'étais déjà engagée dans beaucoup de choses, je n'aurais pas été en mesure de m'occuper d'un enfant avec des besoins particuliers.

2- Il n'y a rien de mal à cela

J'avais un retard de règles, donc je suis allée dans une clinique MSF. J'avais déjà décidé que, si j'étais enceinte, je mettrais fin à la grossesse.

J'ai deux enfants, je ne pouvais pas me permettre d'en avoir un autre. MSF m'a donné une pilule à prendre à la clinique et d'autres cachets à prendre à la maison. Je n'ai pas eu de complications dues aux médicaments. J'ai ressenti de la douleur, mais ils m'ont donné des analgésiques et ça a aidé. J'ai pris la décision par moi-même, je n'avais besoin de personne.

Si une amie me disait qu'elle voulait avorter, je ne l'arrêtera pas. Je lui dirais la vérité : il n'y a rien de mal à cela.

3- Mon mari et moi nous avons décidé de mettre fin à la grossesse

Mon mari et moi utilisons un contraceptif parce que nous ne voulions plus d'enfant à ce moment-là. Mais après avoir fait des tests, une gynécologue m'a annoncé que j'étais enceinte de quatre mois. Les médecins m'avaient précédemment conseillé de ne pas retomber enceinte. Je ne peux pas accoucher par voie vaginale, donc je dois accoucher par césarienne mais, à cause de mes problèmes de santé, on m'a dit que je pouvais mourir pendant l'accouchement.

En suivant les conseils des médecins, comme ma grossesse pouvait être à risque pour ma santé, nous avons décidé d'y mettre fin.

Où l'on vit, il n'est pas acceptable qu'une femme prenne cette décision par elle-même. Si la grossesse survient hors mariage, alors la femme peut prendre cette décision seule pour éviter la honte d'être

enceinte en n'étant pas mariée. Mais si une femme est mariée, alors son mari doit savoir qu'elle est enceinte et ils doivent prendre la décision ensemble, sinon c'est interdit.

Je suis immédiatement allée à la clinique MSF et j'ai demandé de l'aide. Les soignants à la clinique MSF m'ont donné des pilules abortives à prendre à la maison. Après un peu de temps, j'ai senti les effets des pilules.

J'ai ressenti une douleur et j'ai saigné pendant environ quatre jours après l'avortement. Je suis retournée voir le médecin de MSF, et elle m'a donné des médicaments pour aider contre ça.

Si ce n'était pas grâce à MSF, j'aurais souffert car je ne peux pas me permettre une autre option.

Ces trois témoignages proviennent de femmes qui sont dans des situations de conflit ou ont dû fuir ces situations de conflit.

Je vous remercie pour votre attention,

Je reste à votre disposition pour de plus amples informations sur ce que nous faisons.

Références

Festival MSF : Ouvrons les débats, MSF, 2021 :

<https://www.msf.fr/grands-formats/festival-msf-ouvrons-les-debats>

Autres Histoires sur l'avortement, MSF, 2021 : <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/story/my-abortion-story>

Vidéo sur l'autogestion, MSF, 2021 :

<https://www.youtube.com/watch?v=s6Wns8lFtfl>, min 52 à 54

Rapport international, MSF, 2021 :

<https://www.msf.org/international-activity-report-2020>