



**HAL**  
open science

# La place du médecin spécialisé en médecine générale dans les organisations de solidarité internationale (OSI) médicales françaises en 2011

Vergnes Aubin

► **To cite this version:**

Vergnes Aubin. La place du médecin spécialisé en médecine générale dans les organisations de solidarité internationale (OSI) médicales françaises en 2011. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00642812

**HAL Id: dumas-00642812**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00642812>**

Submitted on 18 Nov 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2011

N°

**LA PLACE DU MEDECIN SPECIALISE EN MEDECINE  
GENERALE DANS LES ORGANISATIONS DE SOLIDARITE  
INTERNATIONALE MEDICALES FRANCAISES EN 2011**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

AUBIN VERGNES

Né le 05/05/1981

A Saint Martin D'Hères

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE  
GRENOBLE LE 17 NOVEMBRE 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur Le Professeur O. CHABRE

Membres : Monsieur Le Professeur P. TROUILLER  
Monsieur Le Professeur G. ESTURILLO  
Monsieur Le Docteur M. BLANCHER, Directeur de thèse



## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Olivier CHABRE**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, veuillez accepter tous nos remerciements et l'expression de notre profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Patrice TROILLER**

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

### **A Monsieur le Docteur Gérard ESTURILLO**

Merci d'avoir pris le temps et d'avoir accepté, d'être membre de ce jury.

### **A Monsieur le Docteur Marc BLANCHER, directeur de cette thèse**

Un grand merci car sans toi ce travail n'aurait peut être jamais vu le jour, Tes remarques, conseils, et encouragements ont fait que j'ai mené, du mieux que j'ai pu, ce travail à son terme.

### **A Monsieur le Docteur Pierre MICHELETTI**

Vous m'avez fait partager votre intérêt pour la médecine humanitaire, je vous en suis reconnaissant.

Merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour votre aide dans la prise de contact avec les différentes O.S.I.

### **A Monsieur Le Docteur Patrick IMBERT**

Merci pour vos conseils méthodologiques et pour votre disponibilité.

**Aux Organisations de Solidarité Internationale qui ont accepté de participer à ce travail:**

Pour le temps accordé, leur accueil, leur enthousiasme, leur aide et leur gentillesse.

En particulier :

Claudine CHICAN et Didier COSSERAT pour Les Médecins de Chinguetti-Pakbeng

Bertrand DEVIMEUX pour A.M.D.

Simon MARTIN pour Santé Sud

Bernard SIMON pour C.R.F.

Hani FARES et Eugénie BOUSQUET pour P.U.-A.M.I.

Davide OLCINI pour C.A.M.

Deborah BOISCUVIER, Hélène ROUET, Rozenn LEMELINER, Myriam POMAREL, Rafik BEDOUI, Virginie POUX et Zohra CLET pour M.D.M.

Adrien TOMARCHO, Frédéric ROUSSEL, Chloé SAUTTER pour A.C.T.E.D.

Magali BEURRIER pour M.S.F. CH

Loana KORNETT, Liana RAHMANI, Nathalie GRAVE, Sabrina SILVAIN pour A.C.F.

Danielle HENRICH, Francisco DIAZ pour M.S.F.

Elisabeth LE SAOUT, Laurent CORBAZ pour le C.I.C.R.

**A ma famille et mes amis qui m'ont aidé dans ce dur labeur (!):**

Pour leurs encouragements, leurs conseils, leurs corrections et le reste.

Mes parents,

Marie et Vincent, Touta, Annie, Cécile, Coco, Alex,

Et les autres...

## SOMMAIRE

<b>LES ABREVIATIONS .....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>I- RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>- 9 -</b>
1) DE LA SOLIDARITE A L'ECHELLE INDIVIDUELLE AUX O.S.I.....	- 9 -
2) L'HUMANITAIRE DOS AU MUR ?.....	- 11 -
3) PROFESSIONNALISATION... SOLUTION MIRACLE ?.....	- 12 -
4) DU GENERALISTE AU MEDECIN SPECIALISE EN MEDECINE GENERALE :	- 14 -
5) LA MEDECINE GENERALE ET L'HUMANITAIRE.....	- 15 -
6) PROBLEMATIQUE.....	- 16 -
<b>II- MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>- 18 -</b>
1) MATERIEL .....	- 18 -
a) Population : .....	- 18 -
b) Critères d'inclusion : .....	- 18 -
c) Critères d'exclusion :.....	- 19 -
2) METHODOLOGIE.....	- 20 -
a) Le questionnaire .....	- 20 -
b) Les entretiens : .....	- 21 -
c) Analyse des résultats .....	- 22 -
<b>III- RESULTATS .....</b>	<b>- 23 -</b>
1) QUESTIONS 1 A 3 : PRESENTATION DES O.S.I.....	- 24 -
2) QUESTIONS 4 A 6 : QUALITES ET FONCTIONS DU MEDECIN HUMANITAIRE .....	- 25 -
3) QUESTIONS 7 ET 8 : A PROPOS DE LA DEFINITION DE LA WONCA .....	- 28 -
4) QUESTIONS 9 ET 10 : LES PATHOLOGIES RENCONTREES.....	- 31 -
5) QUESTION 12 : LA DIFFERENCE CLE SELON LES O.S.I.....	- 33 -
6) QUESTIONS 11/13§14:APPORT DES MEDECINS SPECIALISES EN MEDECINE GENERALE	- 34 -
7) QUESTIONS 15 A 19 : DU RECRUTEMENT AU DEPART .....	- 37 -
8) QUESTIONS 20 ET 21 : LA PROFESSIONALISATION .....	- 41 -
9) QUESTIONS 22 ET 23 : DESIR DES O.S.I. CONCERNANT L'AVENIR .....	- 43 -
10) RESULTAT ANNEXE : EVOLUTION CHIFFREE .....	- 45 -

<b>IV- DISCUSSION.....</b>	<b>- 47 -</b>
1) L'ENTHOUSIASME DES O.S.I. ....	- 47 -
2) LIMITES ET BIAIS .....	- 48 -
3) PROFESSIONNALISATION : POUR OU CONTRE ? .....	- 49 -
4) LA PLACE DES MEDECINS SPECIALISES EN MEDECINE GENERALE.....	- 51 -
5) LE METIER DE MEDECIN HUMANITAIRE : .....	- 52 -
a) Qualités du médecin humanitaire : .....	- 52 -
b) Fonctions du médecin humanitaire : .....	- 54 -
c) Définition de la médecine générale de la W.O.N.C.A. :.....	- 58 -
d) Les moyens diagnostics et thérapeutiques :.....	- 60 -
6) LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGES : .....	- 61 -
7) RECRUTEMENT : .....	- 63 -
8) QUESTION DE TAILLE ?.....	- 64 -
9) LES ATOUTS DES MEDECINS SPECIALISES EN MEDECINE GENERALE.....	- 66 -
10) SYNTHESE .....	- 67 -
<b>ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE.....</b>	<b>- 70 -</b>
<b>ANNEXE 2 : COURRIER D'INTRODUCTION A DESTINATION DES O.S.I. ....</b>	<b>- 77 -</b>
<b>ANNEXE 3 : PRESENTATION DES O.S.I. ....</b>	<b>- 78 -</b>
<b>ANNEXE 4 : ADAPTATION DE LA DEFINITION DE LA WONCA EUROPE A LA MEDECINE HUMANITAIRE PAR C. JACQUOT .....</b>	<b>- 90 -</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>- 92 -</b>
<b>Liste des professeurs d'université-praticiens hospitaliers .....</b>	<b>- 95 -</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>-102 -</b>
<b>CONCLUSION (4eme de couverture)</b>	

## LES ABREVIATIONS

**ACF** : Action Contre la Faim

**ACTED** : Agence d'Aide à la Coopération Technique Et au Développement

**AMD** : Aide Médicale et Développement

**CAM** : Comité d'Aide Médicale

**CESH** : Centre Européen de Santé Humanitaire

**CR** : Croix Rouge

**CRF** : Croix Rouge Française

**CICR** : Comité Internationale de la Croix Rouge

**DIU** : Diplôme Inter Universitaire

**DU** : Diplôme Universitaire

**HCR** : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

**HI** : Handicap International

**MCP** : Les Médecins de Chinguetti-Pakbeng

**MDM** : Médecins Du Monde

**MSF** : Médecins Sans Frontières

**MSF-F** : Médecins Sans Frontières France

**MSF-CH** : Médecins Sans Frontières Suisse

**OI** : Organisation Internationale

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**OSI** : Organisation de Solidarité Internationale

**PU-AMI** : Première Urgence - Aide Médicale Internationale

**SASPAS** : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

**SS** : Santé Sud

**UNRRA** : United Nations Relief and Rehabilitation Administration

**UNICEF** : United Nations Children's Fund

**WONCA** : World Organization of Family Doctors ou World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians



## INTRODUCTION

L'émergence du courant sans frontériste, a marqué le début d'une nouvelle ère de la médecine humanitaire française. Porteur d'une nouvelle pensée, de nouvelles méthodes, il fut à l'origine de la création de nombreuses Organisations Non Gouvernementales (O.N.G.).

La bonne volonté et la motivation étaient alors, les qualités essentielles pour intégrer cette famille. Par ailleurs, être médecin ouvrait de nombreuses portes.

Tout naturellement, les médecins généralistes se sont révélés être des acteurs importants de ce milieu.

L'histoire de l'humanitaire est jalonnée d'épreuves qui ont fait d'elle ce qu'elle est aujourd'hui. Elle est actuellement face à une d'entre elles, peut être la plus délicate qu'elle n'ait jamais rencontrée et qui met en jeu sa survie. En effet, sa légitimité est remise en cause en permanence, les situations locales sont de plus en plus difficiles à appréhender, des enjeux complexes doivent être pris en compte...

L'humanitaire a dû réagir ! Une des solutions préconisées est la professionnalisation de ses acteurs. L'amateurisme n'a plus sa place. Le fait d'être médecin n'est plus une justification suffisante pour être recruté. Les non médicaux deviennent majoritaires et indispensables pour le fonctionnement des Organisations de Solidarité Internationale (O.S.I.)...

Parallèlement, la médecine générale a elle aussi évolué. Autrefois de définition floue et ayant comme caractéristique principale d'être une « non-spécialisation », elle est devenue depuis quelques années une spécialité à part entière avec des objectifs et une formation de plus en plus axés sur la médecine ambulatoire telle qu'elle est utile en métropole.

Il paraît donc primordial, aussi bien pour les O.S.I. que pour les médecins spécialisés en médecine générale désirant s'investir dans l'humanitaire, de définir les compétences requises dorénavant pour intégrer ce milieu, et réciproquement, de voir si les capacités de ces médecins répondent aux besoins du terrain.

A partir d'entretiens structurés réalisés auprès des O.S.I., terme englobant les O.N.G. faisant de l'humanitaire international et les Croix-Rouge (C.R.), nous allons donc voir quelle est la place des médecins spécialisés en médecine générale dans ces organisations en 2011.

## **I- RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1) DE LA SOLIDARITE A L'ECHELLE INDIVIDUELLE AUX ORGANISATIONS DE SOLIDARITE INTERNATIONNALE**

L'action humanitaire puise ses racines profondes dans la nature de l'homme. Capable du meilleur comme du pire, la souffrance des uns a toujours entraîné la compassion des autres. Des actes individuels, voire collectifs, d'entraide entre les hommes pourraient probablement être retrouvés dès les origines de notre espèce.

Au gré de l'histoire, de l'évolution des idées et des épreuves rencontrées, l'humanitaire s'est construit pour devenir ce qu'il est aujourd'hui.

Les grands penseurs de l'antiquité gréco-romaine ont commencé par débattre de la notion de solidarité lors de leurs banquets.

Puis, à partir du moyen âge et pendant plusieurs siècles, elle prit forme au travers de la charité envers les pauvres défendue par les religieux, et notamment par les trois grandes religions monothéistes [39].

Ce n'est qu'au siècle des lumières que les philosophes l'ont enrichie d'un versant laïc proposant les idées nouvelles de philanthropie, de bienfaisance et d'humanité [14].

La médecine humanitaire elle naquit plus tard, probablement sur les champs de bataille des campagnes napoléoniennes avec le chirurgien de guerre Larrey.

A partir du dix neuvième siècle, les choses s'accélérent et commencent à prendre de l'ampleur. Le courant associatif se développe et, par le contre pouvoir qu'il représente, va bousculer l'équilibre démocratique.

En parallèle, au niveau étatique les premières actions d'entraides multilatérales voient le jour, avec notamment, l'action conjointe russo-franco-anglaise dans la guerre d'indépendance grecque [40].

Puis 1859 : La bataille de Solferino ; Dunant... Où l'indignation d'un seul homme face à la souffrance de ses semblables va écrire un pan de l'histoire, en tout cas de l'histoire de l'humanitaire. C'est la création de la Croix Rouge avec son florilège d'avancées : création de

sociétés de secours, neutralité de ces dernières, prise en charge de toutes les victimes quelles que soient leurs origines, mobilisation de la société à l'aide des nouveaux modes de communication... Et tout cela à une échelle internationale et universelle [41].

Le vingtième siècle fut celui de la création et du développement exponentiel des différents acteurs de l'aide humanitaire que l'on connaît aujourd'hui.

La Croix-Rouge continua son développement, s'illustra face aux carences étatiques durant la première guerre mondiale en venant, entre autre, en aide aux prisonniers et leurs familles. La seconde guerre mondiale fut une épreuve plus délicate, où malgré un investissement important, son silence face aux atrocités nazies l'ébranla sérieusement jusqu'à son auto critique plusieurs décennies plus tard [42].

Les organisations internationales virent le jour.

D'abord la Société Des Nations qui vint en aide aux réfugiés dans l'entre deux guerre, ensuite l'U.N.R.R.A. (United Nations Relief and Rehabilitation Administration) qui porta assistance à des millions d'individus durant la seconde guerre mondiale. Puis à la fin de celle-ci, l'U.N.I.C.E.F. (United Nations Children's Fund) et le H.C.R. (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) qui œuvrent toujours de nos jours [43].

L'associatif connu un développement exponentiel. En réaction aux différents maux de la société, des individus regroupèrent leurs forces pour tenter d'y répondre et créèrent dans ce but de très nombreuses O.N.G.

Ainsi naquit Save The Children pour répondre à la famine de l'après première guerre qui toucha notamment les enfants. Oxfam et Care pour répondre aux exactions de la seconde guerre mondiale [44]...

En 1969, la création de Médecins Sans Frontières (M.S.F.) :

Là encore, c'est la révolte d'un groupe d'hommes qui, face à l'impuissance ressentie lors de la guerre du Biafra, va bousculer l'ordre des choses. Il va être à l'origine d'une nouvelle famille d'O.N.G., remettant en question la souveraineté étatique et travaillant avec les médias afin de bénéficier de fonds d'origine majoritairement privés. Elle se caractérise au niveau médical par une orientation plus urgentiste avec une organisation leur permettant d'être très rapidement opérationnelle [45].

Ce rappel n'est pas exhaustif et dresse juste un aperçu de l'histoire des O.S.I. ayant participé à ce travail.

Jusque là, la problématique était assez simple et reposait essentiellement sur la réponse d'un homme ou d'un groupe d'hommes à une situation qu'il trouvait injuste et inacceptable.

Chaque période critique affrontée a été à l'origine du renforcement ou de la transformation d'O.S.I. déjà existantes ou bien encore de la création de nouvelles O.S.I. [15].

La situation actuelle semble profondément plus délicate.

## **2) L'HUMANITAIRE DOS AU MUR ?**

De nouveau l'humanitaire est confronté à une période clé de son existence dont l'enjeu est bien résumé par le titre du livre de P. Micheletti, « S'adapter ou renoncer » [24].

La réalité actuelle impose des adaptations, voir des métamorphoses, qui permettront, ou non, la survie des O.S.I. occidentales (« du nord ») [25].

En effet, partir au secours des victimes en ne s'appuyant que sur l'idéal des droits de l'homme et sans se poser de question n'est plus possible [16]. Quelles que soient les bonnes intentions qui animent ces interventions, la moindre erreur peut avoir des répercussions fortes et durables.

Beaucoup de paramètres sont à prendre en compte avec, par exemple, le risque :

- De maintenir les locaux dans un syndrome de dépendance
- D'aggraver les inégalités sociales
- De pénaliser les agricultures locales en distribuant des vivres gratuitement
- De déresponsabiliser les autorités locales [36]...

Par ailleurs, les situations locales sont de plus en plus complexes à appréhender. Même dans les pays les plus pauvres les aides sont soumises à conditions [26]. Le risque de détournement des secours à des fins militaires même si il n'est pas nouveau, est toujours présent [35]...

Sans oublier, les problèmes d'insécurité, plus récents, et de plus en plus présents, qui seront probablement les plus complexes à résoudre.

Ces derniers sont notamment liés à la confusion qui peut régner sur le terrain entre les différents intervenants. Il semble très difficile pour un non initié de pouvoir comprendre les subtilités différenciant les acteurs de l'humanitaire. Surtout quand il se retrouve face à :

- Un humanitaire non gouvernemental qui se dit indépendant.
- Un président américain qui lui, de son côté, brandit l'humanitaire non gouvernemental comme un instrument de combat contre le terrorisme et comme faisant partie intégrante de sa politique étrangère.
- Des militaires qui distribuent de l'aide d'une main et qui livrent des combats de l'autre.
- Les organisations internationales...

L'amalgame entre ces différents acteurs venus d'occident, est excusable et on peut comprendre que les O.S.I. puissent être aussi prises pour cible [27, 28, 29].

On peut rajouter également à cette liste l'impact d'affaire du type de l'arche de Zoé.

### **3) PROFESSIONNALISATION... SOLUTION MIRACLE ?**

L'épreuve délicate à laquelle sont confrontés les humanitaires fait intervenir de nombreuses variables, la solution ne peut, bien entendu, pas être unique.

Ils doivent notamment :

- Se démarquer et clarifier encore et encore leur rôle
- Contrôler encore et toujours l'origine de leurs financements
- Se « désoccidentaliser » en recrutant et en travaillant avec les pays du sud
- Etre vigilants et combatifs face aux politiques discriminatoires de leur pays
- Développer les outils d'évaluation des programmes mis en place [21, 30, 31, 32, 33]...

Par ailleurs, une grande majorité des observateurs, s'accorde à dire qu'il va falloir également passer par une phase de professionnalisation [6]. Il paraît nécessaire de développer cette notion qui est un des éléments clés de la genèse de cette thèse.

Tout d'abord, même s'ils sont de plus en plus minoritaires, il faut noter que certains s'opposent à ce concept arguant qu'il va faire perdre aux O.S.I. leur âme associative et qu'il risque de déshumaniser le geste humanitaire lui faisant perdre une dimension essentielle [6].

D'autre part, même si beaucoup se reconnaissent dans l'injonction de professionnalisation, tous n'y accordent pas le même sens [7].

Selon les personnes, la professionnalisation c'est :

- Une salarisation
- L'amélioration de la qualité des programmes
- L'adoption du modèle anglo-saxon considéré comme moins militant et plus gestionnaire
- Une meilleure qualité des soins apportés aux bénéficiaires
- Une amélioration du recrutement

Cette dernière proposition est la plus intéressante concernant ce travail car elle pose forcément la question de son impact sur le recrutement médical des O.S.I. et donc de la place des médecins spécialisés en médecine générale en leur sein.

M.L. Le Coconnier et B. Pommier expliquent bien dans leur livre que « *l'amateurisme n'a plus sa place* » et que « *l'efficacité des projets repose avant tout sur le professionnalisme de leurs acteurs* » [22].

Sans dénigrer leur importance, la motivation et la bonne volonté ne peuvent plus suffire. Les compétences techniques et l'efficacité doivent prendre le devant de la scène.

La citation suivante de J.C. Ruffin illustre bien ces dernières lignes et l'intérêt de cette étude :

*« Les techniciens sont partout sur le terrain, conduisent l'action, remplacent peu à peu le brave médecin généraliste qui était le grognard polyvalent de l'époque romantique »*

#### **4) DU GENERALISTE AU MEDECIN SPECIALISE EN MEDECINE GENERALE :**

Sans refaire l'histoire de la médecine, la spécialité de médecine générale a elle aussi connu de nombreuses étapes avant d'être telle qu'on la connaît aujourd'hui.

Longtemps, on ne différenciait que médecin et chirurgien.

L'avancée exponentielle des progrès de la médecine au dix neuvième et vingtième siècle s'accompagna de profonde évolution de notre profession. La formation s'affina progressivement, de limites encore floues au début du dix neuvième, elle devint de réglementation stricte au début du vingtième [4]. Les spécialités apparaissent : d'abord la gynécologie puis l'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie du fait de leur matériel spécifique. Les spécialités médicales se développent plus tard au début du vingtième mais leur validation par un diplôme officiel ne se fera qu'en 1945 [11].

De son côté la médecine générale se définissait surtout par une « non spécialisation ». Le médecin généraliste a longtemps été par défaut le médecin n'ayant pas acquis la qualification de spécialiste.

Il a fallu attendre les années 70 pour que se fasse un début d'enseignement spécifique avec la création de la Société Française de Médecine Générale et la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste.

Les choses se sont accélérées à la fin du siècle avec la création du Département Universitaire de Médecine Générale puis, quelques années plus tard, en 2004 sa reconnaissance en tant que spécialité à part entière.

Depuis comme il l'a été défini par la W.O.N.C.A. Europe (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille) en 2002, la médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec un contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques.

C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires et caractérisée par des points précis [13]:

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

## **5) LA MEDECINE GENERALE ET L'HUMANITAIRE**

Depuis l'émergence du courant sans frontiériste et jusqu'à nos jours, les médecins spécialisés en médecine générale se sont révélés être des acteurs importants de la médecine humanitaire.

En tout premier lieu d'un point de vue quantitatif, on peut reprendre les chiffres de la thèse de S. Zimmermann qui montraient qu'en 2003 chez M.S.F., sur 364 médecins expatriés 291 étaient des médecins spécialisés en médecine générale (soit près de 80%) [48].

Peu de statistiques ont été produites sur le sujet et on ne peut généraliser ces seuls chiffres à l'ensemble des O.S.I.

Cependant, vu le pourcentage obtenu, on peut supposer que ces médecins sont largement représentés par rapport aux autres spécialistes.



Même si ce ne sont pas les plus médiatiques, certains médecins faisant partie de l'histoire de l'humanitaire sont également des médecins spécialisés en médecine générale. Pour l'exemple, Marcel Delcourt et de Pascal Greletty-Bosviel ont fait partie des 13 à l'origine de M.S.F. [47]. Ou encore Eric Chevallier qui a participé à la création d'ONUSIDA....

Un autre élément révélateur de l'empreinte de ces médecins est la présence de deux d'entre eux parmi les anciens présidents de Médecins Du Monde (M.D.M.).

Encore aujourd'hui ces deux professions sont imbriquées :

- A. Menguy-Fleuirot montre dans sa thèse que le métier de médecin humanitaire fait partie des débouchés accessibles aux diplômés de la médecine générale [23].
- Un stage sur le terrain en partenariat avec une O.S.I. est accepté comme validant un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (S.A.S.P.A.S.) [5].

## **6) PROBLEMATIQUE**

Quelques travaux intéressants ont été menés sur l'association médecine générale/médecine humanitaire :

➤ Dans sa thèse, G. Deschamps, démontre l'apport qu'une expérience humanitaire lors de l'internat peut constituer pour l'apprenti médecin spécialisé en médecine générale. Cette expérience lui donne les clés d'une meilleure prise en charge des minorités et des personnes en situation précaire [10]. Mais inversement, qu'apporte le médecin spécialisé en médecine générale aux O.S.I. ?

➤ C. Vanbelle, de son côté, traite le thème des formations spécifiques à l'humanitaire. Le sujet a un rapport direct avec cette étude. D'après son travail, elles ne sont pas essentielles pour travailler en tant que médecin humanitaire et dans tous les cas, ce sont surtout des formations dans les domaines extra médicaux où l'apport serait le plus intéressant [46]. Cependant ce travail concerne les médecins en général et ne s'attaque pas spécifiquement aux médecins spécialisés en médecine générale.

➤ Il n'existe pas de définition officielle de la médecine humanitaire comme celle de la W.O.N.C.A. Europe pour la médecine générale.

En se basant sur une revue de la littérature, C. Jacquot en propose une dans sa thèse [12]. Son travail montre que la médecine humanitaire est, en premier lieu, définie par un cadre comprenant :

- un contexte, généralement de crise
- une intention : le souci de l'autre.

Elle englobe aussi bien des actions de soins que de témoignages et implique des enjeux de santé publique ainsi que de politique.

Cette définition est intéressante mais très globale. Elle ne définit ni les fonctions ni les compétences du médecin humanitaire. Il paraît pourtant intéressant de caractériser ces deux éléments afin de voir si le médecin spécialisé en médecine générale a les compétences adéquates.

Comme on vient de le rappeler les médecins spécialisés en médecine générale ont participé jusque là, à l'histoire de la médecine humanitaire et ils en ont toujours le désir comme en témoigne la thèse de S. Zimmermann. 85% des médecins qu'il avait interrogés n'avaient jamais fait d'humanitaire... Mais parmi eux, 85% disaient en avoir le désir [48].

Mais ces deux champs d'activité sont dans une mouvance d'affinage de leurs compétences ayant tous deux l'objectif commun d'être meilleur et plus efficace dans leur domaine respectif.

L'enjeu pour la médecine humanitaire est lourd : sa survie. Il paraît donc important, voir nécessaire, de compléter les travaux exposés ci-dessus.

L'objectif principal de ce travail est de voir si le médecin spécialisé en médecine générale est toujours à sa place au sein des O.S.I.

Expliquer ce qu'attendent les chargés de recrutement, définir les principales différences entre ces deux champs d'activité, en déduire les points faibles mais aussi les atouts du médecin spécialisé en médecine générale ne pourra qu'aider à ce que ces deux domaines continuent leur histoire commune.

## II- MATERIEL ET METHODES

### 1) MATERIEL

#### a) Population :

Dans cette étude, la population cible est constituée des O.S.I. médicales françaises.

Pour répondre aux questions soulevées, le parti a été pris d'interroger une personne du siège des organisations. Même si elles ne sont pas sur le terrain, elles en ont l'expérience. Elles sont par ailleurs en première ligne dans la sélection des médecins candidats à l'expatriation. Pour finir, par rapport aux médecins humanitaires sur le terrain, elles ont une vision d'ensemble et un recul rendant leurs réponses, probablement plus objectives.

Le terme d'Organisation de Solidarité Internationale a l'avantage d'englober les O.N.G. faisant de l'humanitaire international ainsi que les Croix-Rouge (Comité International de la Croix Rouge (C.I.C.R.) et C.R. nationale).

#### b) Critères d'inclusion :

❖ Grandes et moyennes O.S.I. Médicales :

En se basant sur les O.S.I. citées dans les références bibliographiques et en complétant cette liste par des recherches internet via les moteurs de recherches classiques (Google...), l'ensemble des O.S.I. de moyenne et de grande envergure à été répertorié.

L'action humanitaire est loin d'intervenir uniquement dans le domaine de la santé, certains sont spécialisés dans l'éducation, l'eau, l'agriculture... Le sujet de cette étude étant très spécifique, seules les O.S.I. médicales travaillant de manière directe ou indirecte avec des médecins spécialisés en médecine générale ont été retenues.

❖ O.S.I. Médicales de taille plus modeste

Pour essayer d'être le plus représentatif possible au niveau français, des O.S.I. de taille plus modeste ont également été intégrées à l'étude.

En effet, le domaine associatif est très développé sur notre territoire. Il paraissait donc important d'avoir également leur point de vue. Cependant devant leur nombre, il était impossible d'être exhaustif.

Par ailleurs, même si elles sont très nombreuses, chacune de ces O.S.I. n'emploie (ou n'envoie), à elle seule, que peu de médecins. Elles ne devaient donc pas, non plus, être surreprésentées.

Un autre aspect à prendre en compte est que ces O.S.I. se sont généralement créées puis développées dans un objectif très précis, faisant leur spécificité et pouvant avoir des répercussions sur les entretiens. Cela pourrait être à l'origine d'un biais d'interprétation des résultats.

Un échantillon, restreint et choisi à dessein, d'O.S.I. de taille modeste a donc été sélectionné, en se basant sur leur notoriété, leur reconnaissance au sein du milieu humanitaire et sur un critère pratique (proximité géographique).

**C) Critères d'exclusion :**

❖ O.S.I. étrangères

Devant le nombre et la répartition géographique des O.S.I. étrangères, il était impossible de réaliser une étude mondiale.

Un autre élément ayant conduit à leur exclusion est le fait que depuis l'émergence du Courant Sans Frontériste, la médecine humanitaire française a des caractéristiques bien particulières les distinguant nettement des O.N.G. anglo-saxonnes. L'intégration de quelques O.S.I. étrangères n'aurait pu être représentatif à une échelle mondiale et aurait, de plus, introduit un biais d'interprétation à l'échelle française.

M.S.F.-C.H. a été intégrée car bien que son siège se situe en Suisse, elle fait partie de la section internationale de M.S.F. et a la même charte de conduite que M.S.F. France. De plus, elle recrute de nombreux médecins français en particulier de la région Rhones Alpes du fait de la proximité géographique.

❖ Organisations Internationales :

Les O.I. tiennent une place importante sur le terrain humanitaire à côté des C.R. et des O.N.G. Cependant, elles recrutent du personnel médical ayant un long passé d'expériences humanitaires. Cela ne rentre donc pas dans le cadre de cette étude.

## 2) METHODOLOGIE

Cette étude est mixte, à la fois qualitative et quantitative, reposant sur des entretiens structurés guidés par un questionnaire.

### a) Le questionnaire

Pour les entretiens avec les O.S.I. un questionnaire a été créé. Avant d'aboutir à cette version finale (cf. Annexe 1), il a été revu et corrigé plusieurs fois en collaboration avec Pierre Micheletti (ancien Président de M.D.M. et acteur important du milieu humanitaire) puis testé lors d'un premier entretien réalisé auprès de Santé Sud (S.S.).

Le questionnaire comprend 23 questions et 1 annexe. Il est divisé en plusieurs parties :

- La première est purement quantitative. Elle est composée de 3 questions et a pour but de classer les O.S.I. selon leur taille et leur orientation (urgence/développement) afin de voir si les résultats varient selon ces critères.
- La deuxième partie va permettre de définir le métier de médecin humanitaire.  
La question 4, qualitative, interroge les interviewés sur les qualités requises du médecin humanitaire.  
Les autres questions de cette partie sont quantitatives et dressent le profil technique du médecin humanitaire en le comparant notamment au médecin spécialisé en médecine générale.
- La troisième partie essentiellement qualitative sonde le ressenti des O.S.I. concernant la place et l'importance des médecins spécialisés en médecine générale au sein de leur association.

- La quatrième partie, quantitative, aborde les différentes étapes allant du recrutement au départ en mission.  
Le but étant de voir, si au final, le profil recherché sur le terrain est bien celui d'un médecin spécialisé en médecine générale.
- La dernière partie, purement qualitative, aborde les changements qui touchent actuellement le milieu humanitaire, afin de vérifier si cela va avoir, selon les O.S.I., des répercussions sur la place des médecins spécialisés en médecine générale.
- L'annexe du questionnaire est un tableau qui retrace en chiffres l'évolution, lors de ces dernières décennies, du nombre de médecins spécialisés en médecine générale expatriés.

**b) Les entretiens :**

La coopération des O.S.I. a été sollicitée à partir d'un premier mail comprenant un courrier explicatif sur ce travail (Cf annexe 2).

A noter, que pour M.S.F., M.D.M., Handicap International (H.I.), l'Agence d'Aide à la Coopération Technique Et au Développement (A.C.T.E.D.), Action contre la faim (A.C.F.), C.R.F. et C.I.C.R., le premier mail a été adressé à un contact de l'O.S.I. sur recommandation du Dr Micheletti. Pour les autres O.S.I., le mail a été adressé directement au centre d'information de l'O.S.I. en question.

Les relances et les contacts suivants se sont faits par mail et/ou par téléphone selon les cas.

Une fois la rencontre organisée, le questionnaire était envoyé par mail si les futurs interviewés le désiraient.

Les entretiens ont eu lieu dans la majorité des cas, face à face, dans les locaux des O.S.I. avec une personne représentant la direction ou les ressources humaines ou encore un responsable médical.

Ils ont duré entre 20 et 45 min.

Les réponses ont été prises de façon manuscrite puis retranscrites sur ordinateur.

L'annexe a généralement été renvoyée par mail dans un second temps car nécessitant des recherches complémentaires au sein des archives des O.S.I.

c) **Analyse des résultats**

L'étude est à la fois quantitative et qualitative, de plus, la taille de la population étant faible, il n'a donc pas été nécessaire de faire une analyse statistique au sens strict du terme.

Pour chaque question, les résultats sont exprimés en pourcentage d'O.S.I. ayant fourni la même réponse par rapport au nombre d'O.S.I. ayant répondu à cette question

Pour les questions amenant une seule réponse de la part des O.S.I., l'ensemble des réponses est égal à 100%.

Par contre, pour certaines questions chaque O.S.I. donnant plusieurs réponses, l'ensemble dépasse 100%.

Selon le pourcentage obtenu, il est précisé si la réponse fait consensus, si elle rassemble une large majorité des O.S.I., si elle les partage ou si elle est majoritairement voir unanimement rejetée.

### III- RESULTATS

Parmi les O.S.I. présélectionnées, seule H.I. a refusé de participer. Elle a estimé que ne travaillant que très exceptionnellement avec des médecins spécialisés en médecine générale, elle n'avait pas l'expérience suffisante pour participer aux entretiens.

En les classant selon l'importance de leur budget, les organisations ayant accepté sont les suivantes :

- 4 O.S.I. de grande taille :

M.S.F.-F., M.S.F.-C.H., A.C.F., C.I.C.R.-F.

- 5 O.S.I. de taille moyenne :

M.D.M., Première Urgence – Aide Médicale Internationale (P.U.-A.M.I.), Comité d'Aide Médicale (C.A.M.), A.C.T.E.D., C.R.F.

- 3 O.S.I. médicales françaises de taille plus modeste :

Santé Sud, Aide Médicale et Développement (A.M.D.), Les Médecins de Chinguetti-Pakbeng (M.C.P.)

➤ **Au total, 12 O.S.I. ont donc été interrogées.**

En annexe une courte présentation de chaque organisation (Annexe 3).



### 1) QUESTIONS 1 à 3 : PRESENTATION DES O.S.I.

Cette partie constitue l'introduction du questionnaire. Elle comprend : le budget, l'orientation urgence/développement, le nombre de missions des O.S.I.

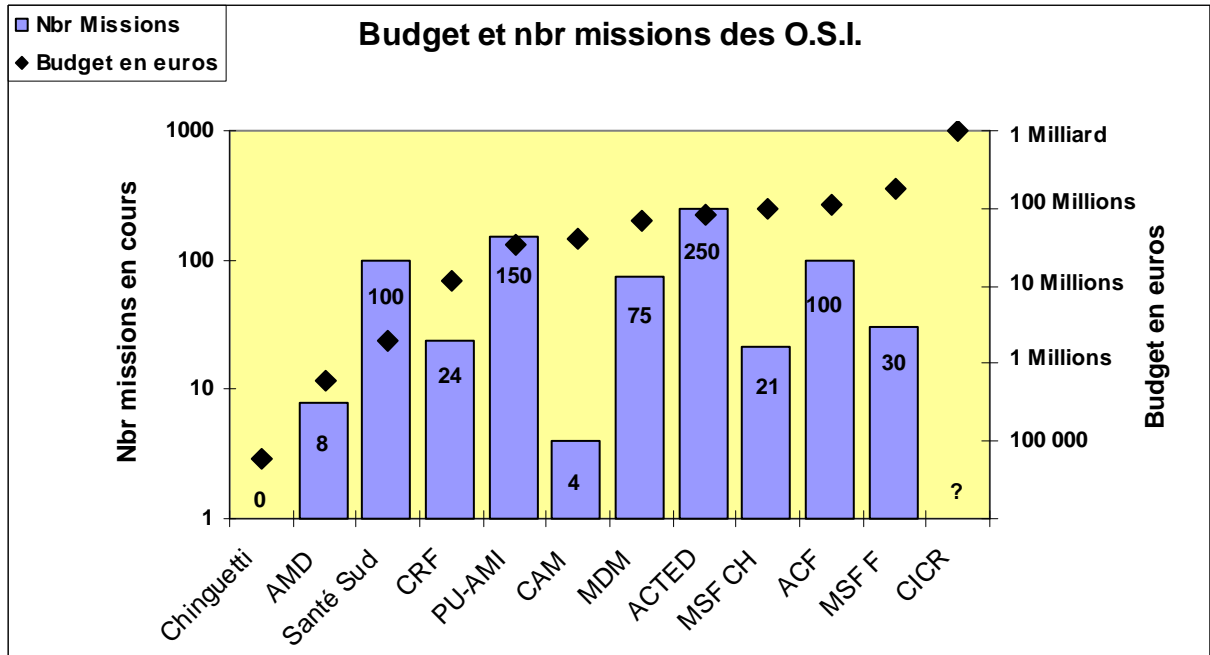


Tableau 1

Echelle logarithmique

- La proportion urgence/développement est difficile à définir de manière exacte par les O.S.I. Santé Sud, A.M.D. et Les Médecins de Chinguetti-Pakbeng ne font que du développement. Ce sont également les trois O.S.I. de taille plus modeste.

Ensuite les proportions sont variables. Allant d'une majorité de développement, notamment pour P.U.-A.M.I., M.D.M., A.C.F. ; en passant par le post-urgence comme pour C.A.M. ; jusqu'à une majorité d'urgence pour M.S.F.-F./C.H. et le C.I.C.R. Ces dernières ont également les budgets les plus importants pour 2011.

➤ **D'ores et déjà, on peut constater que le panel d'O.S.I. est varié tant au niveau du budget, de l'orientation Urgence/développement que du nombre de missions.**

## 2) QUESTIONS 4 à 6 : QUALITES ET FONCTIONS DU MEDECIN HUMANITAIRE

❖ **Question 4** : Question ouverte où les O.S.I. doivent donner trois qualités définissant un médecin humanitaire. (Une O.S.I. n'a proposé que deux qualités)

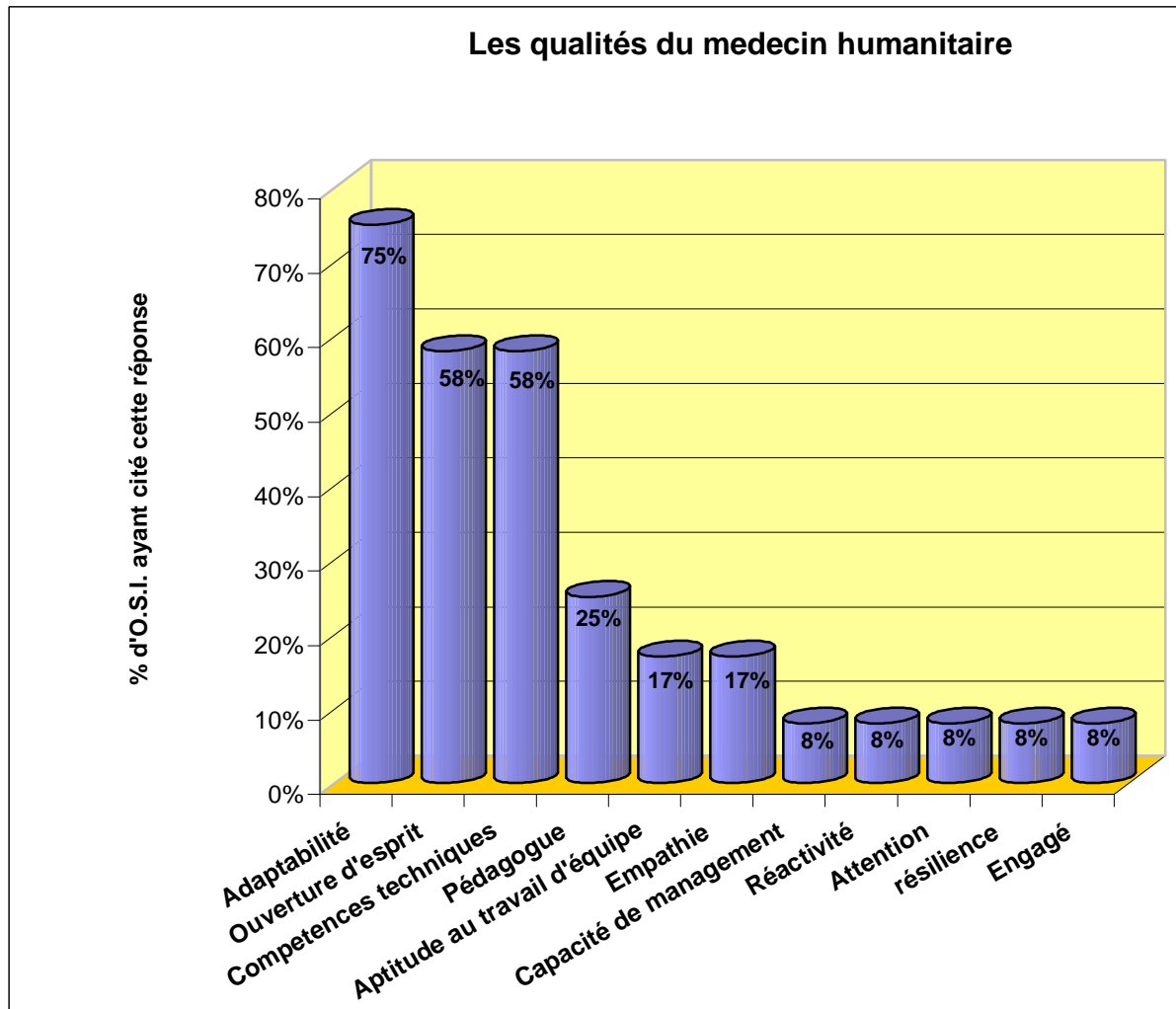


Tableau 2

Les trois qualités qu'elles retiennent en priorité sont l'adaptabilité, l'ouverture d'esprit et les compétences techniques.

On peut rajouter que les compétences techniques n'ont pas été retenues comme une des premières qualités d'un médecin humanitaire par les O.S.I. de taille plus modeste. A contrario, la pédagogie dans le sens de « non substitution » est citée par 67% de ces O.S.I. et seulement par 11% des autres O.S.I.

➤ **Notons que les premières qualités proposées sont avant tout des qualités humaines.**

❖ **Question 5** : Les O.S.I. choisissent puis classent, parmi un ensemble de propositions, celles qui correspondent aux fonctions exercées par le médecin humanitaire lors des missions d'urgence. Le tableau 3 correspond à l'activité principale de ces médecins (classée en première position par les interviewés), toutes les autres activités sont rapportées dans le tableau 4.

Deux O.S.I. ne faisant pas d'urgences se sont abstenues pour cette réponse.

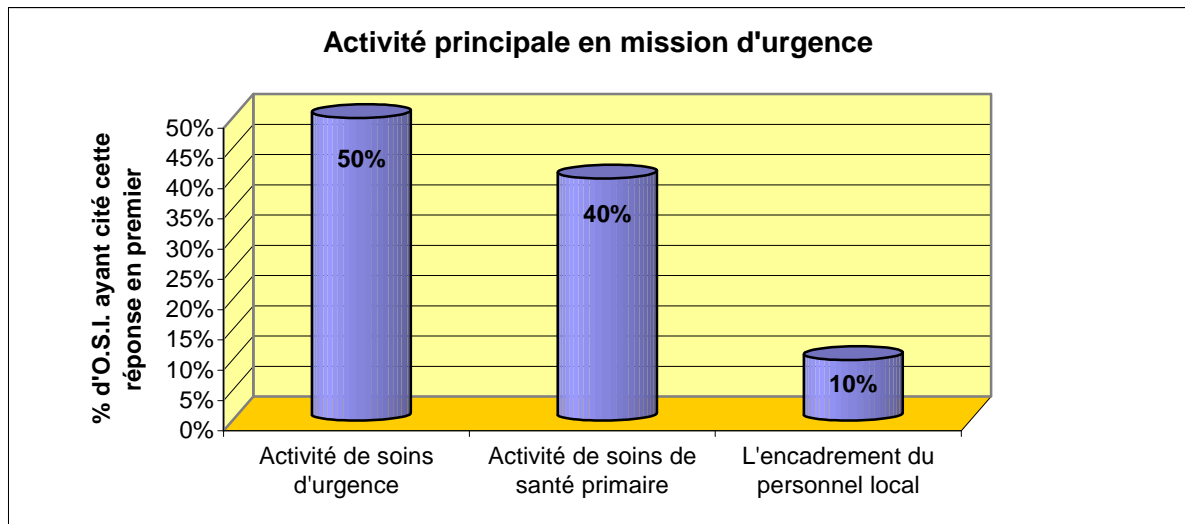


Tableau 3

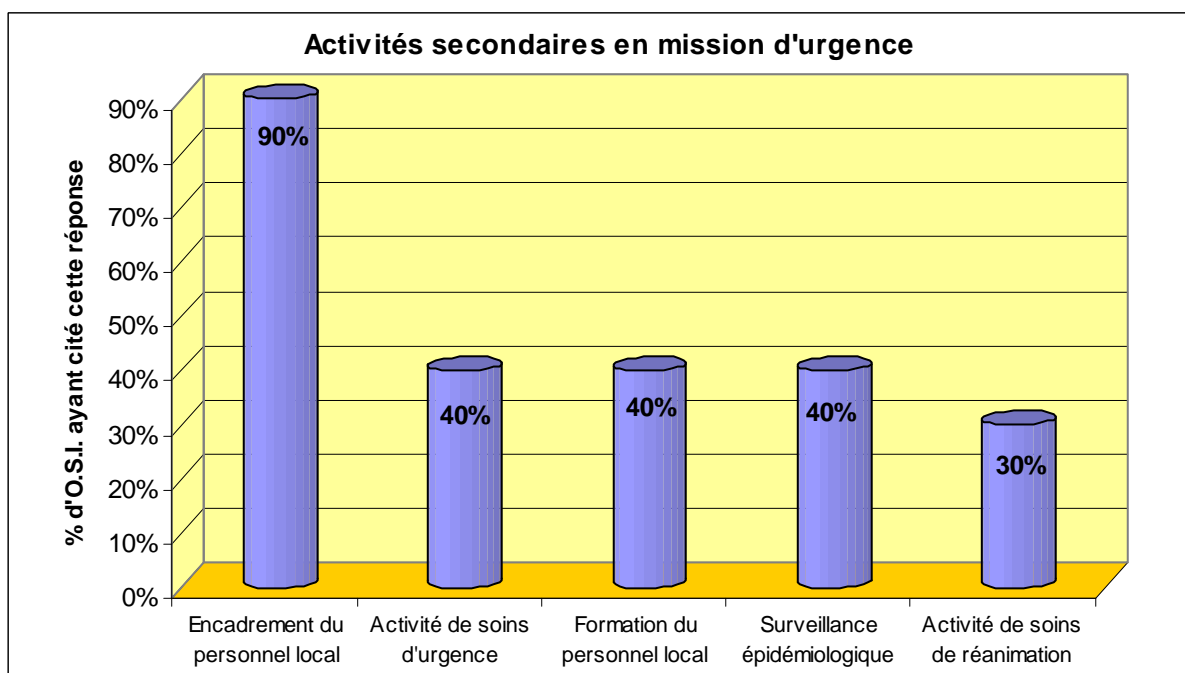


Tableau 4

L'évaluation des besoins en matériels médicaux et l'organisation des soins entre les différents intervenants sont avant tout du domaine du chef de mission ou du coordinateur médical selon les O.S.I.

➤ De façon générale, le nombre de fonctions sélectionnées par les O.S.I. est relativement important.

❖ **Question 6** : Cette question est similaire à la précédente mais cette fois lors d'une mission de développement.

Les douze O.S.I. y ont répondu.

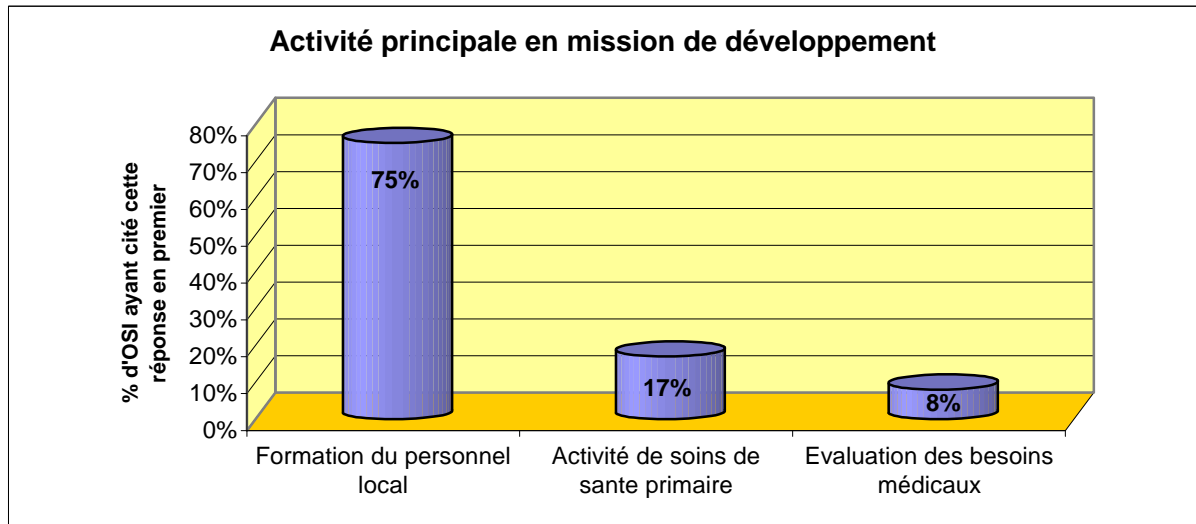


Tableau 5

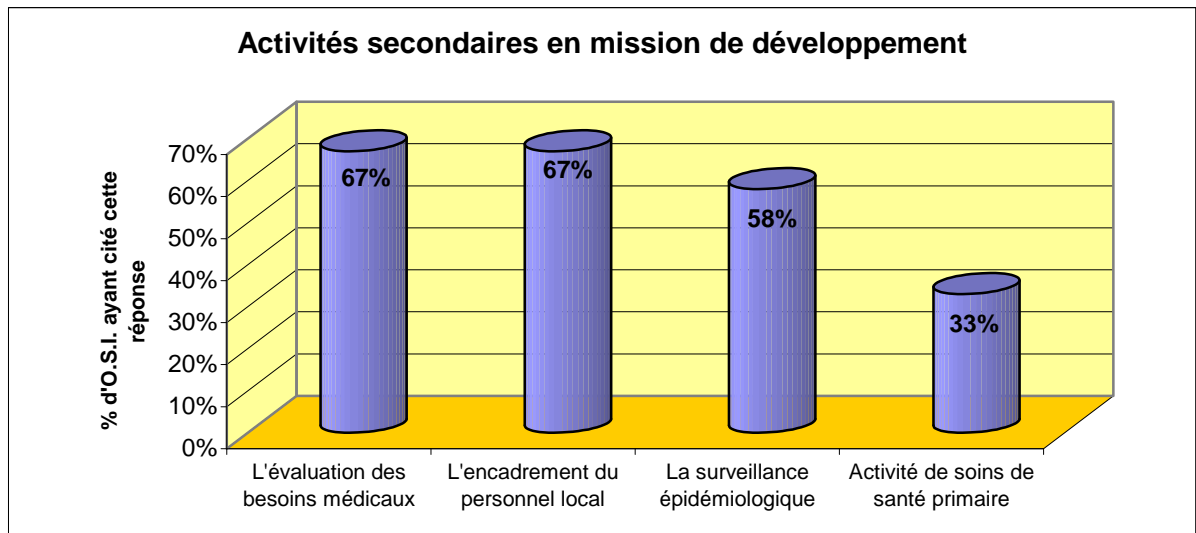


Tableau 6

➤ **Un élément clé** : les activités de soins passent au second plan derrière la formation du personnel local.

### 3) QUESTIONS 7 ET 8 : A PROPOS DE LA DEFINITION DE LA WONCA

❖ **Question 7** : Les O.S.I. doivent sélectionner parmi les critères définissant la médecine générale (médecine de famille) selon la W.O.N.C.A. Europe ceux compatibles avec la médecine humanitaire.

- Les items suivants font l'unanimité chez les O.S.I. comme pouvant être repris pour le compte de la médecine humanitaire :

- « *Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace* » (repris par 100% des O.S.I.).

- « *Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté* » (100%).

- « *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* » (100%).

- L'item :

- « *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires* » (75%).

Majoritairement repris, même si les O.S.I. précisent que les maladies ne sont pas les mêmes qu'en Europe.

- Les trois items suivants ont partagé les interviewés :

- « *Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée* » (50%).

Rejeté par 50% des O.S.I. et unanimement par les O.S.I. de taille modeste, pour qui, le premier contact avec le système de soins est le système de soins local (moderne ou traditionnel).

- « *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires* » (50%).

50% des O.S.I. ont rejeté cet item, expliquant, que l'approche du médecin humanitaire est avant tout centrée sur la communauté et seulement dans un second temps, si c'est possible, sur la personne.

- « Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient » (58%).

Les O.S.I., dans leur ensemble, précisent, que concernant les pathologies chroniques, le problème est la continuité des soins après leur départ. Leur rôle n'étant pas de rester, leurs prises en charge consistent alors souvent à ré adresser ces patients à des systèmes de soins locaux pérennes.

- L'item suivant a le plus souvent été jugé comme inadapté par les O.S.I.:

- « Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé pour la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient » (33%).

- Les trois derniers items ont fait l'unanimité... contre eux !

- « Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin patient basée sur une communication appropriée ».

- « Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient ».

Ces deux items ont été rejetés par 100% des O.S.I. du fait de la notion de durée qui est, à leur avis, antinomique avec la notion d'action humanitaire.

A noter, que toutes ont dit « oui » à la notion de communication appropriée.

- « Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide ».

Rejeté du fait, que les médecins humanitaires interviennent à tous les stades du développement des maladies, et bien souvent à un stade très tardif.

➤ **Au final, les caractéristiques rejetées par les O.S.I. le sont sur des points non cruciaux.**

- ❖ **Question 8**: C'est une question ouverte où les interviewés doivent proposer une (ou plusieurs) caractéristique complémentaire à la définition de la W.O.N.C.A. Europe pour définir le médecin humanitaire.

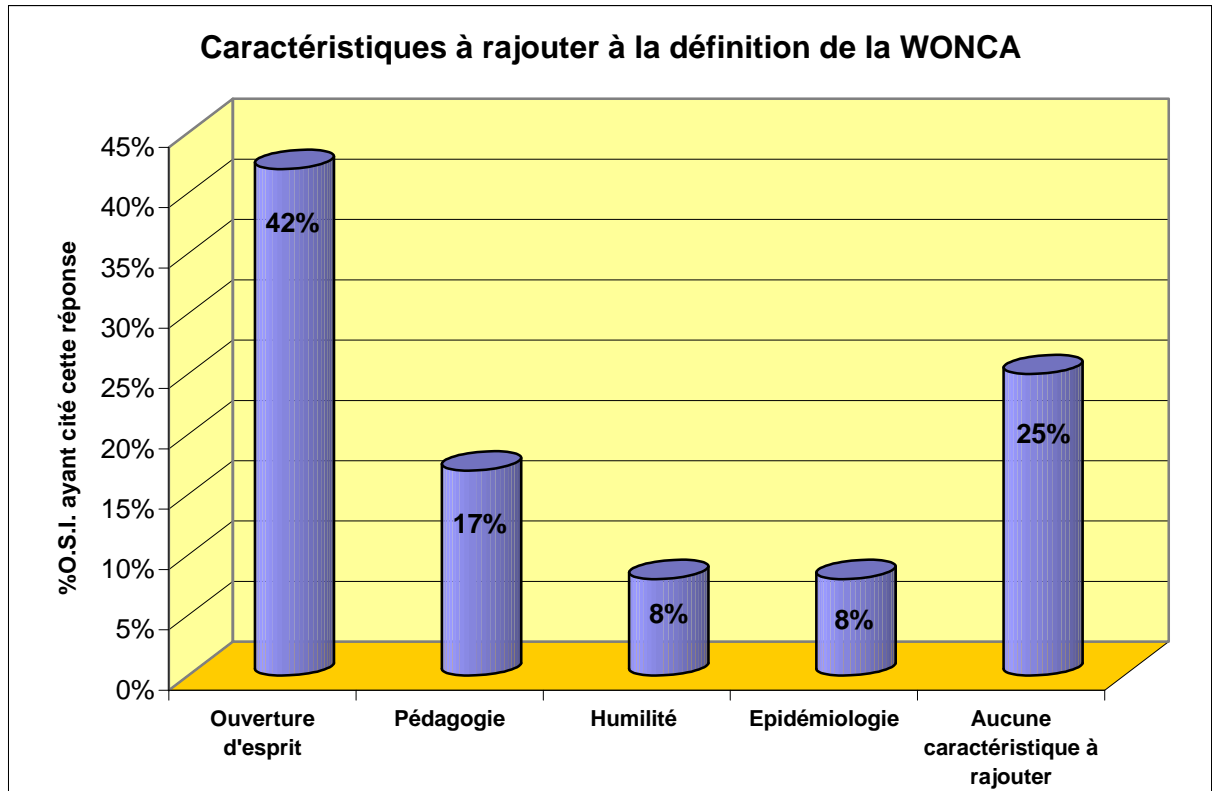


Tableau 7

Au final une seule caractéristique ressort :

- « Ouverture d'esprit et compréhension face aux différences culturelles »

- Il est surprenant de voir que les O.S.I. n'ont peu ou pas de caractéristiques à proposer pour compléter la définition de la W.O.N.C.A.

#### 4) QUESTIONS 9 ET 10 : LES PATHOLOGIES RENCONTREES

❖ **Question 9** : Question ouverte où il est demandé à chaque O.S.I. de citer les cinq pathologies les plus souvent rencontrées par un médecin humanitaire.



Tableau 8

Les O.S.I. ont également cité : la rougeole (citée 2 fois), la tuberculose (2 fois), les traumatismes physiques (2 fois), les traumatismes psychologiques (1 fois), les parasitoses digestives (1 fois), les problèmes dermatologiques (1 fois).

83% des O.S.I. citent une maladie infectieuse complexe (paludisme et/ou V.I.H. et/ou tuberculose et/ou parasitose intestinale) parmi les cinq pathologies les plus fréquemment rencontrées par le médecin humanitaire.

➤ **On peut constater que des maladies infectieuses complexes sont fréquemment citées.**



- ❖ **Question 10** : Si elles en ont, les O.S.I. doivent exposer les pathologies prises en charge lors de leurs principaux programmes verticaux. Elles ont droit à un maximum de trois propositions.

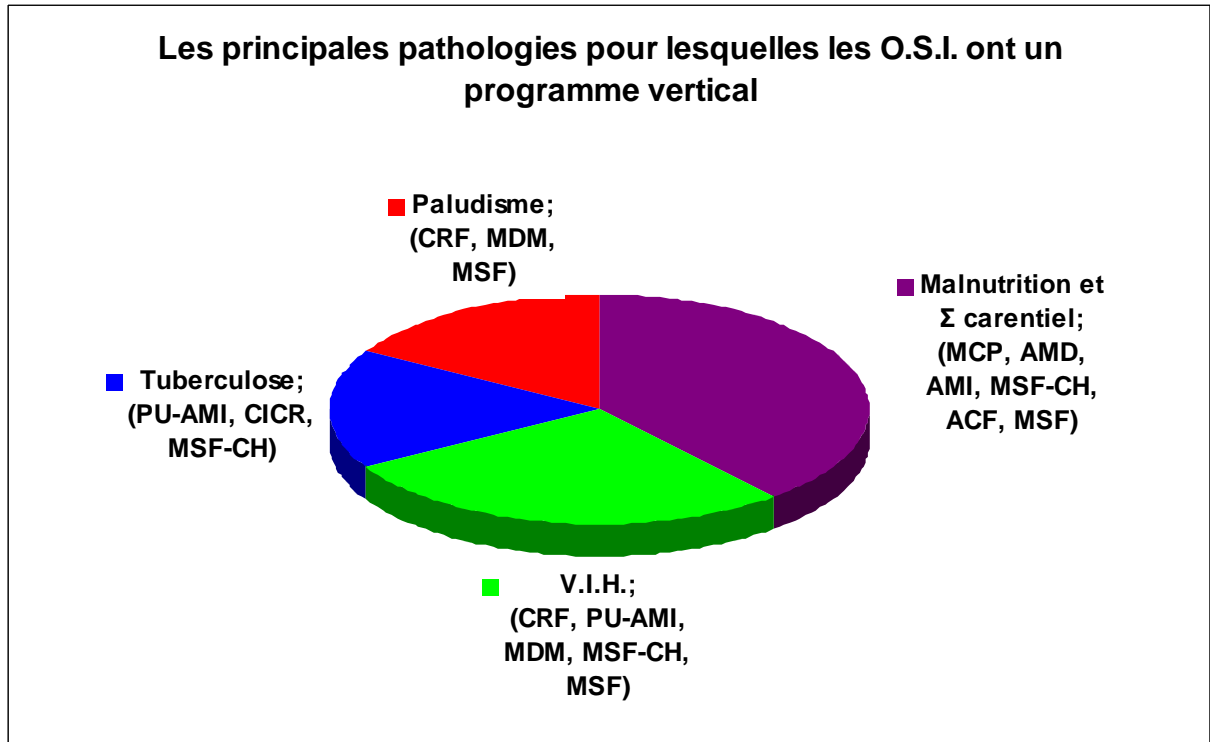


Tableau 9

- Autres programmes verticaux cités (1 fois) : Fistules vésico-vaginales, opération sourire...

- **Paludisme, Tuberculose, V.I.H. : l'infectiologie est encore bien représentée...**

## 5) QUESTION 12 : LA DIFFERENCE CLE SELON LES O.S.I.

- ❖ **Question 12** : Les O.S.I. doivent choisir entre plusieurs possibilités ce qui constitue pour elles la principale différence entre médecine humanitaire et médecine générale. Elles n'ont droit qu'à une seule réponse.

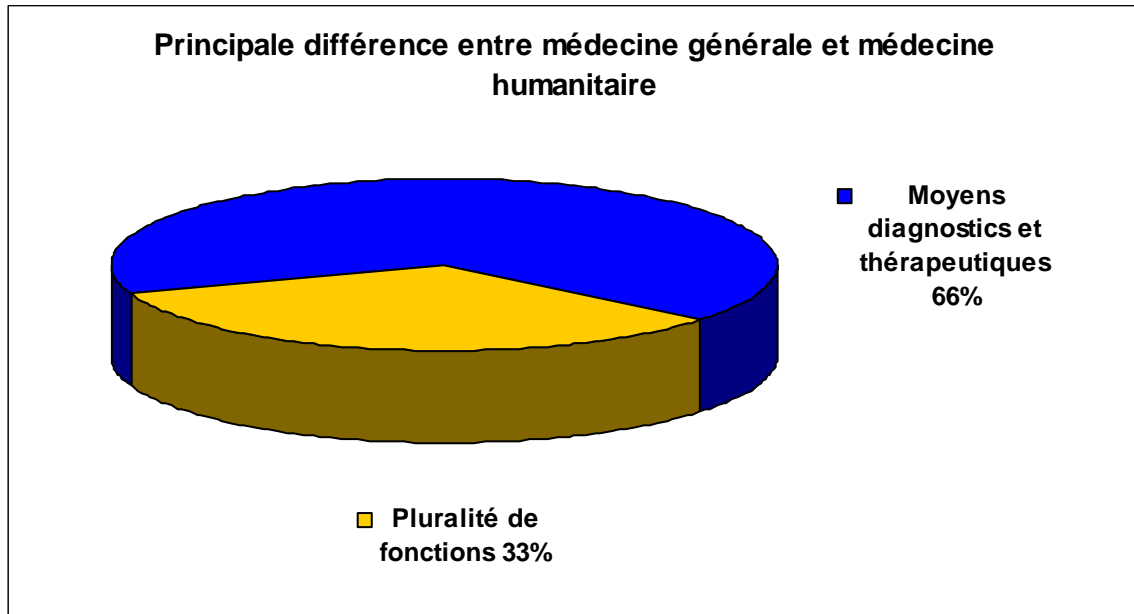


Tableau 10

% d' O.S.I. ayant cité cette réponse

- Le mode de vie et les pathologies prises en charge les deux autres réponses proposées, n'ont jamais été retenues.

## 6) QUESTIONS 11 13 et 14 : L'APPORT DES MEDECINS SPECIALISES EN MEDECINE GENERALE

- ❖ **Question 11** : Question à choix multiples où les O.S.I. doivent qualifier la place des médecins spécialisés en médecine générale pour l'organisation et la bonne marche de leur organisation. Une seule réponse est possible.

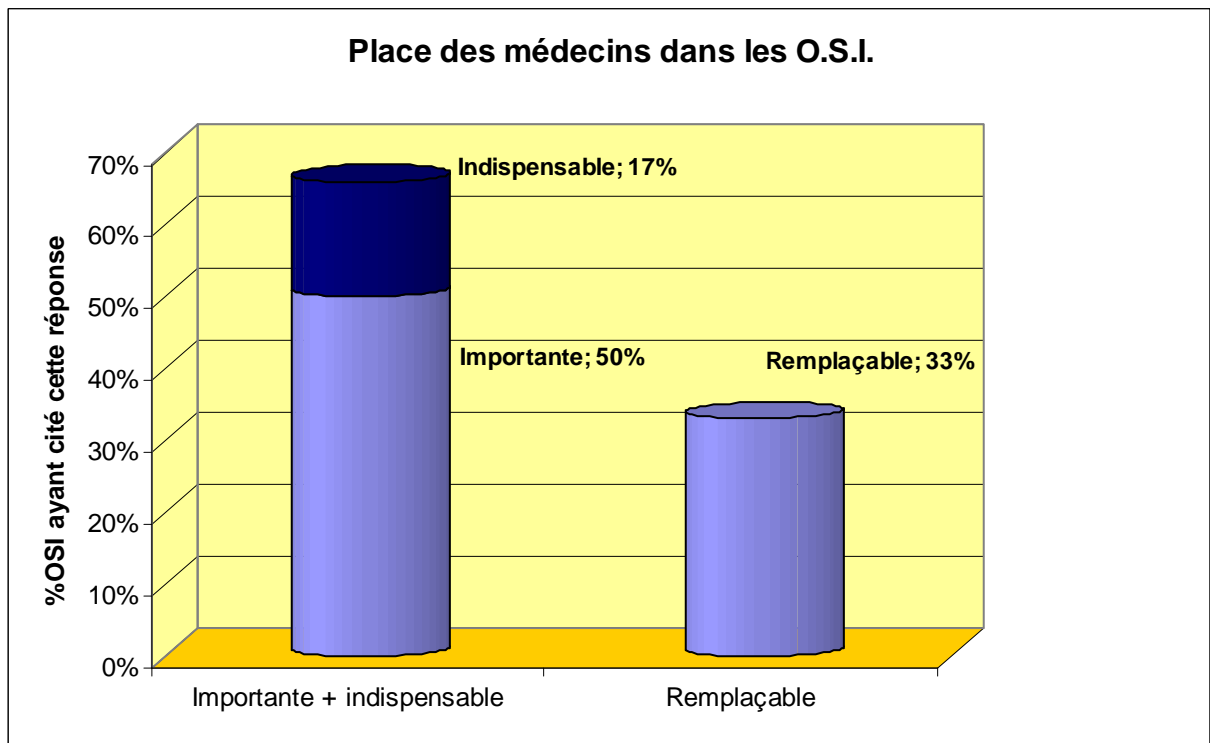


Tableau 11

En complément, il faut préciser que lorsque la place de ces médecins est considérée comme importante, c'est systématiquement du fait d'un savoir faire spécifique et jamais du fait de l'importance du nombre de médecins spécialisés en médecine générale expatriés.

D'autre part, les deux organisations considérant cette place comme « *indispensable* » sont deux des trois O.S.I. de taille modeste.

Inversement, sur les quatre O.S.I. considérant cette place comme « *remplaçable* » deux sont de grande taille.

- **La majorité des interviewés considère donc que les médecins spécialisés en médecine générale ont une place importante dans leur organisation.**

❖ **Question 13** : Les O.S.I. doivent dans un premier temps dire si les médecins spécialisés en médecine générale ont des spécificités qu’elles ne retrouvent pas chez les autres spécialistes. En cas de réponse positive, elles doivent estimer si ces spécificités sont essentielles pour le bon déroulement d’une mission. Puis elles doivent les définir parmi un ensemble de réponses (nombre de réponses illimité).

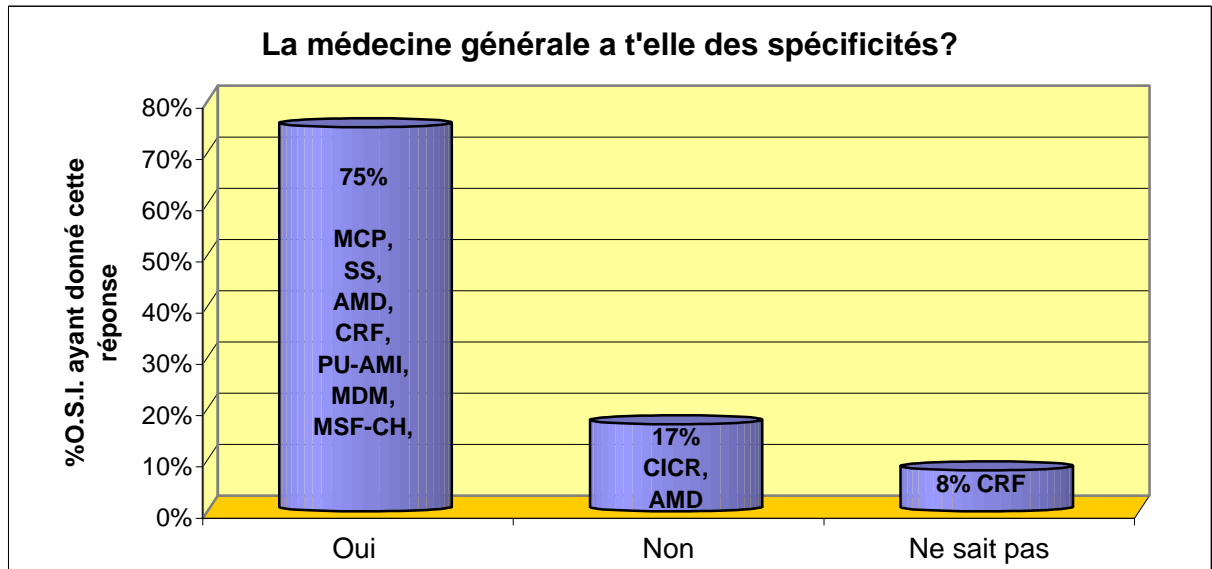


Tableau 12

Sur les 75% d’O.S.I. qui considèrent que le médecin spécialisé en médecine générale à des spécificités, 78% estiment qu’elles sont essentielles au bon déroulement d’une mission humanitaire.

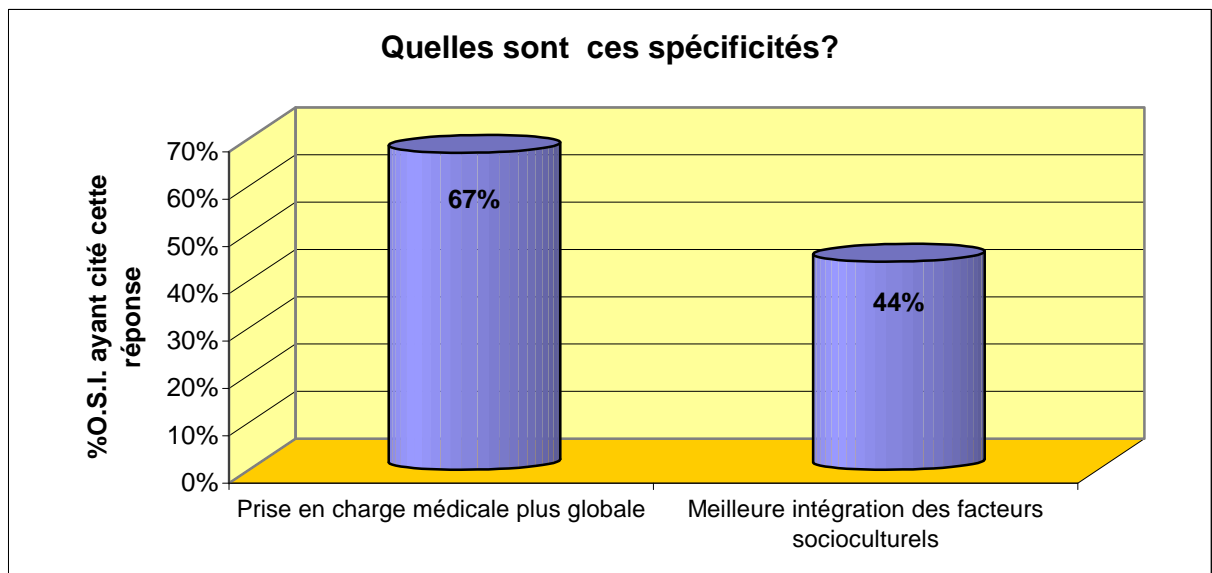
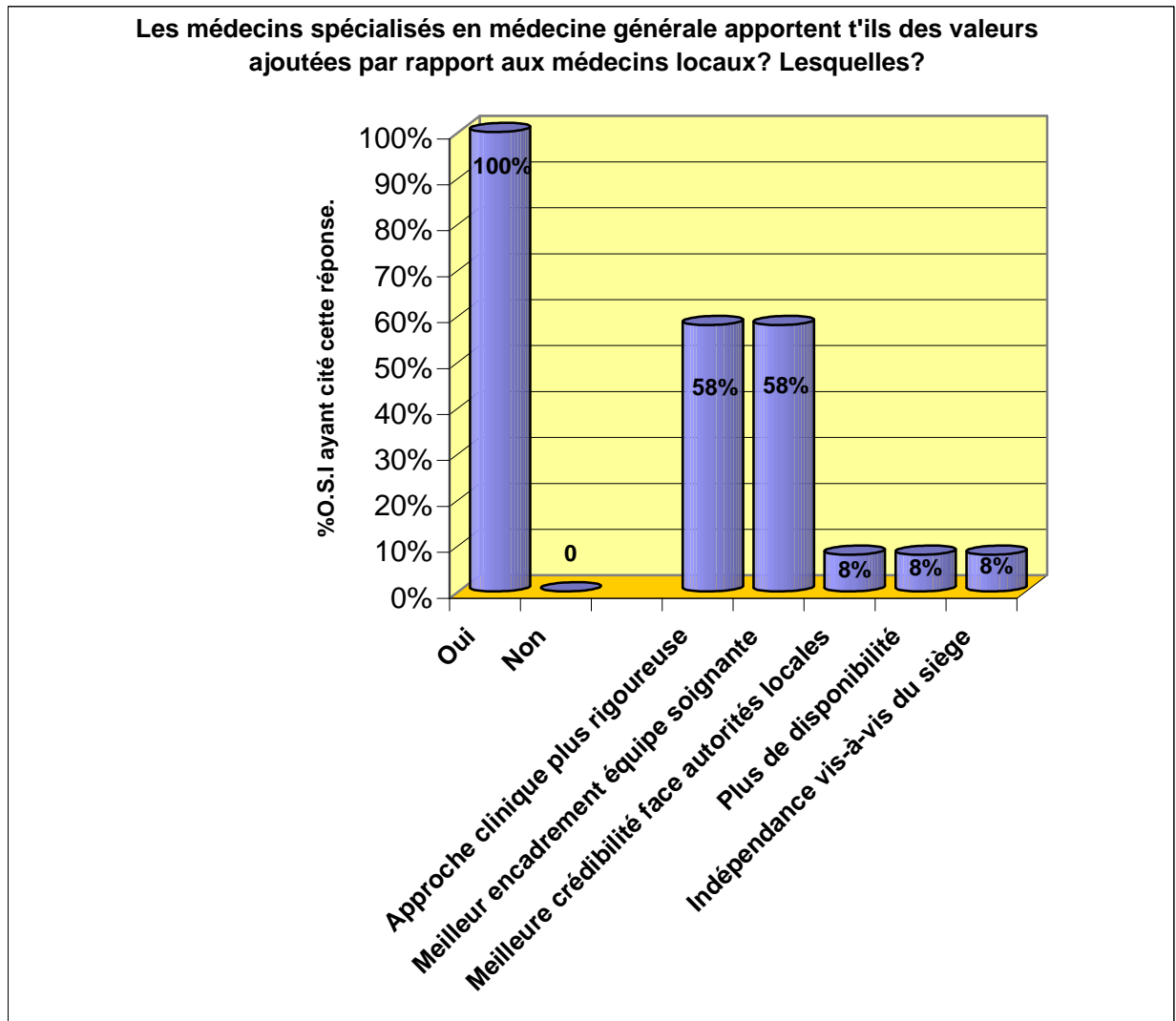


Tableau 13

A noter pour l’anecdote, une O.S.I. qui ne sera pas citée, considère que la spécificité qu’elle ne retrouve habituellement pas chez les autres spécialistes, est la modestie !....

➤ **Les O.S.I. sont majoritairement d’accord pour dire que les médecins spécialisés en médecine générale ont des atouts de taille.**

❖ **Question 14** : Cette question concerne la place des médecins spécialisés en médecine générale par rapport aux médecins locaux.



**Tableau 14**

A l'occasion de cette question, les O.S.I. précisent que selon la région où se déroule la mission, les formations de santé peuvent être d'un niveau encore insuffisant.

Des précisions sont à apporter sur les valeurs ajoutées de ces médecins :

- Au sujet du « *meilleur encadrement de l'équipe soignante* » les interviewés considèrent que le rôle d'encadrant est difficile pour les locaux notamment du fait de la jalousie que suscite ce poste.

- Au sujet de « l'indépendance vis-à-vis du siège », ils estiment que la place étant souvent une place en or pour les locaux, ces derniers n'iront pas discuter un ordre en provenance du desk.

➤ **D'après les O.S.I., l'expatriation des médecins spécialisés en médecine générale apporte donc bien une valeur ajoutée sur le terrain.**

## 7) QUESTIONS 15 à 19 : DU RECRUTEMENT AU DEPART

### ❖ Question 15 :

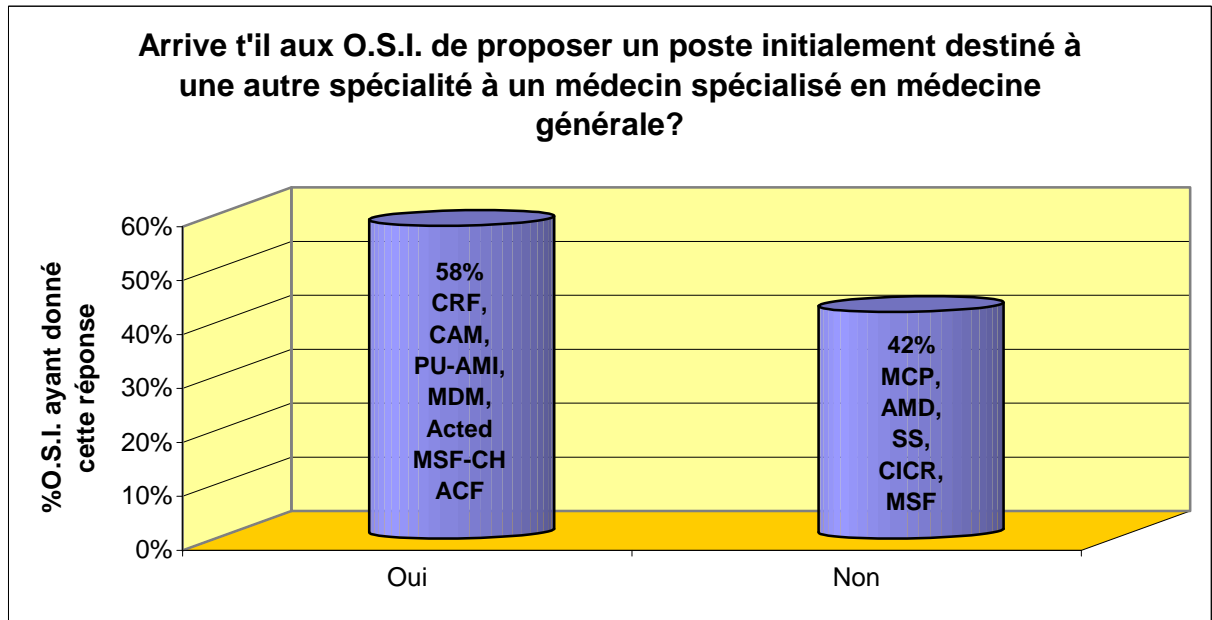


Tableau 15

Lorsque les O.S.I. proposent un poste initialement destiné à une autre spécialité à un médecin spécialisé en médecine générale, elles précisent, tout de même, qu'elles cherchent dans ces cas, des médecins avec des formations ou des expériences dans le domaine désiré.

A noter les O.S.I. à avoir répondu par la négative sont :

- Les trois O.S.I de taille modeste.
- les deux plus grosses, M.S.F.-F. et le C.I.C.R.

➤ **Il paraît clair qu'il arrive aux médecins spécialisés en médecine générale de palier le manque d'autres spécialistes...**

❖ **Question 16** : Question à choix multiples où les compétences professionnelles puis personnelles nécessaires pour être recruté sont passées en revue par les O.S.I.

- 58% des O.S.I. estiment que la formation universitaire actuelle en médecine générale n'est pas suffisante pour le recrutement d'un médecin en vue d'une mission humanitaire.

- Cependant, la seule formation ou expérience complémentaire à sortir du lot est : « *formation complémentaire en médecine tropicale* » et elle n'est citée que par 25% des O.S.I.

De manière globale, les O.S.I. définissent ces formations ou expériences complémentaires comme des « plus » nécessaires mais elles ont des difficultés à préciser leurs préférences, rajoutant que cela est variable selon le type de mission.

De plus, les Croix-Rouge ont comme seule condition complémentaire :

- Une expérience professionnelle de deux ans et ce quelle qu'elle soit.

➤ **Il est alors intéressant de noter qu'au final, concernant les O.S.I. de grande et de moyenne taille, 78% n'attendent aucune formation ou expérience spécifique.**

- Au niveau personnel, les éléments nécessaires sont :

- Les langues ( 67% des O.S.I. avec 42% l'anglais et 25% une autre langue que le français).
- Une disponibilité de plusieurs mois (42% des O.S.I.).

Le reste des propositions est considéré comme des « plus » non fondamentaux.

- ❖ **Question 17 :** Les O.S.I. doivent évaluer le pourcentage des demandes de candidature de médecin spécialisé en médecine générale reçues qui aboutiront à un départ en mission.

Deux O.S.I. n'ayant pas d'idée précise sur la question, se sont abstenues.

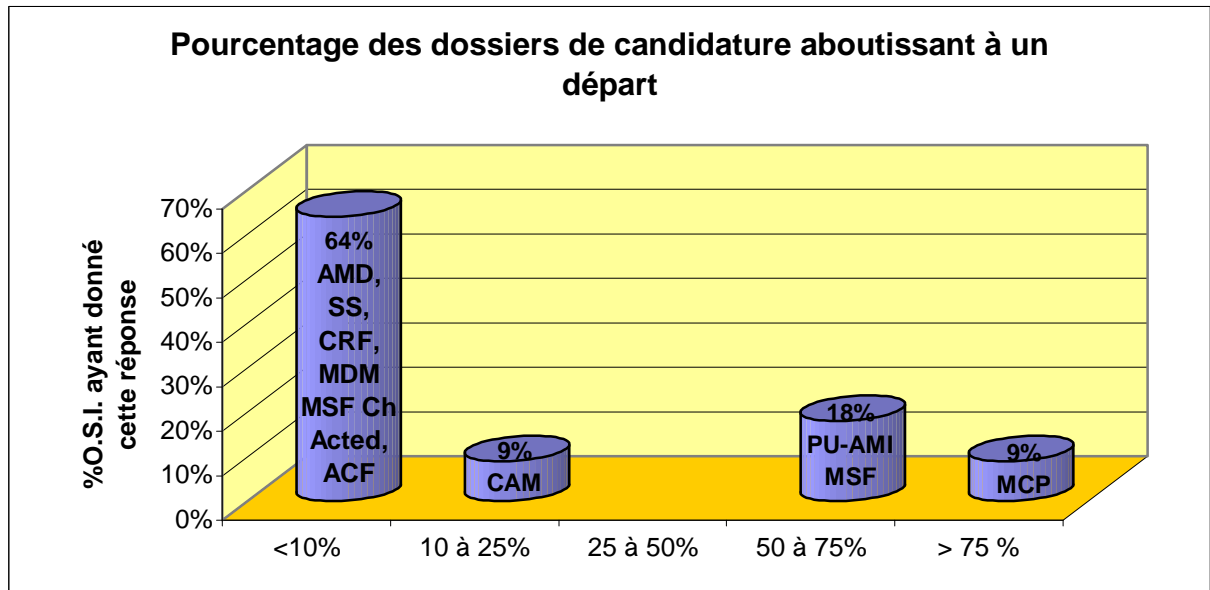


Tableau 16

Au final 73% des O.S.I. estiment que moins d'un quart (voire moins de 10%) des dossiers de candidature examinés aboutiront à un départ.

➤ **En général, les O.S.I. peuvent donc faire leur choix parmi de nombreux candidats.**

- ❖ **Question 18 :** Les interviewés sont interrogés sur les formations universitaires de médecine générale étrangères afin de savoir si, d'après leur expérience, certaines sont plus adaptées à la médecine humanitaire. Plusieurs réponses sont possibles.

- La majorité des O.S.I. (58%) estime qu'il n'y a pas de pays où la formation des médecins spécialisés en médecine générale est plus adaptée à la médecine humanitaire.

- Les 42% d'O.S.I. restant proposent certains pays d'Afrique où la formation universitaire est de qualité (Congo, Kenya...). Pour deux raisons :

- Les conditions d'exercice qu'ils seront amenés à rencontrer lors des missions vont être plus proches de ce qu'ils connaissent.

- Les maladies tropicales leurs sont enseignées de manière plus approfondie puisque que faisant partie de leur quotidien.



- Sont cités également :
  - Le Canada ( par 8% des O.S.I.), qui aurait plus de santé publique dans son enseignement et parce que les étudiants pourraient, si ils le souhaitent, avoir une expérience auprès des indiens d'Amérique dans le grand nord (expérience qui peut avoir des similitudes avec une mission humanitaire).
  - La Suisse (8%), car les médecins seraient habitués à réaliser des examens biologiques de routine dans leur propre cabinet.

❖ **Question 19**: Question à choix multiples concernant la définition et les objectifs des mesures pré départ que les O.S.I. proposent aux premières missions.

- 17% ne mettent aucune mesure particulière en place pour la première mission d'un médecin spécialisé en médecine générale.

Parmi les autres O.S.I.:

- 75% ont des formations pré départ ou briefing obligatoires.

Leur but est alors :

- « *D'expliquer les objectifs de la mission et les conditions locales* » (100%).
- « *D'expliquer l'organisation et les valeurs de l'OSI* » (89%).
- « *D'expliquer les tâches extra médicales* » (44%).

- 50% ont des mesures de compagnonnage en place. Mais dans la majorité des cas ce sont des mesures récentes ou en cours d'installation, dont le fonctionnement (à partir du siège ou du terrain) est variable selon les cas.

- 42% affectent les novices de l'humanitaire sur des missions anciennes et bien rodées ou des missions composées de nombreux expatriés.

- 25% ont des moyens de télécommunication en place permettant de bénéficier d'avis spécialisés.

- Deux proposent des outils pédagogiques, et ce, parce que les moyens à disposition peuvent être inhabituels.

## 8) QUESTIONS 20 ET 21 : LA PROFESSIONNALISATION

- ❖ **Question 20** : Les O.S.I. expliquent, à travers une question à choix multiples, ce que devrait être selon elles la professionnalisation. Elles ont la possibilité de donner plusieurs réponses.

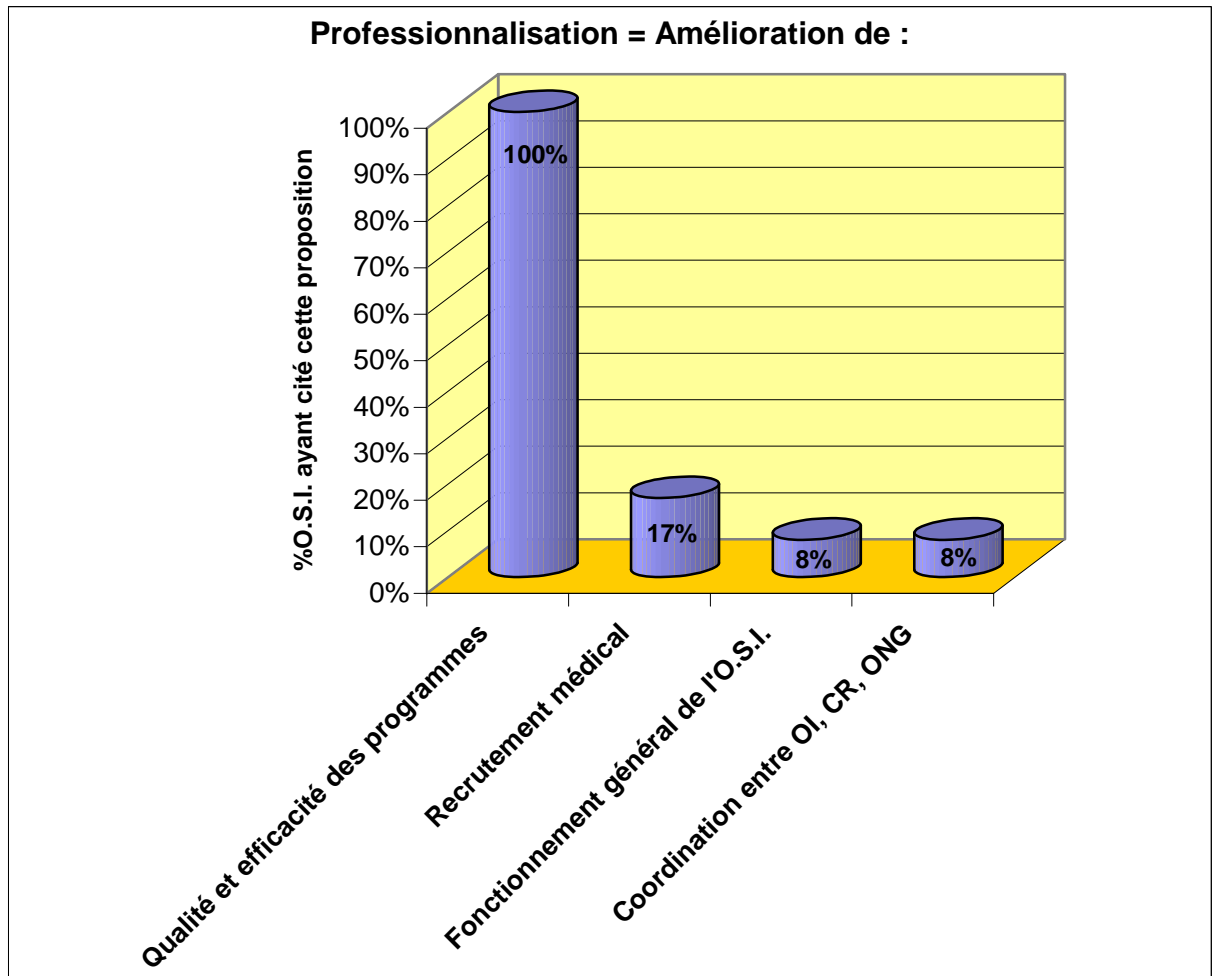


Tableau 17

- Les O.S.I. sont unanimes : la professionnalisation devrait être une amélioration de la « qualité et de l'efficacité des programmes ».

Les autres propositions, peu retenues, sont donc en faveur d'une non répercussion de la professionnalisation sur le recrutement médical.

❖ **Question 21 :**

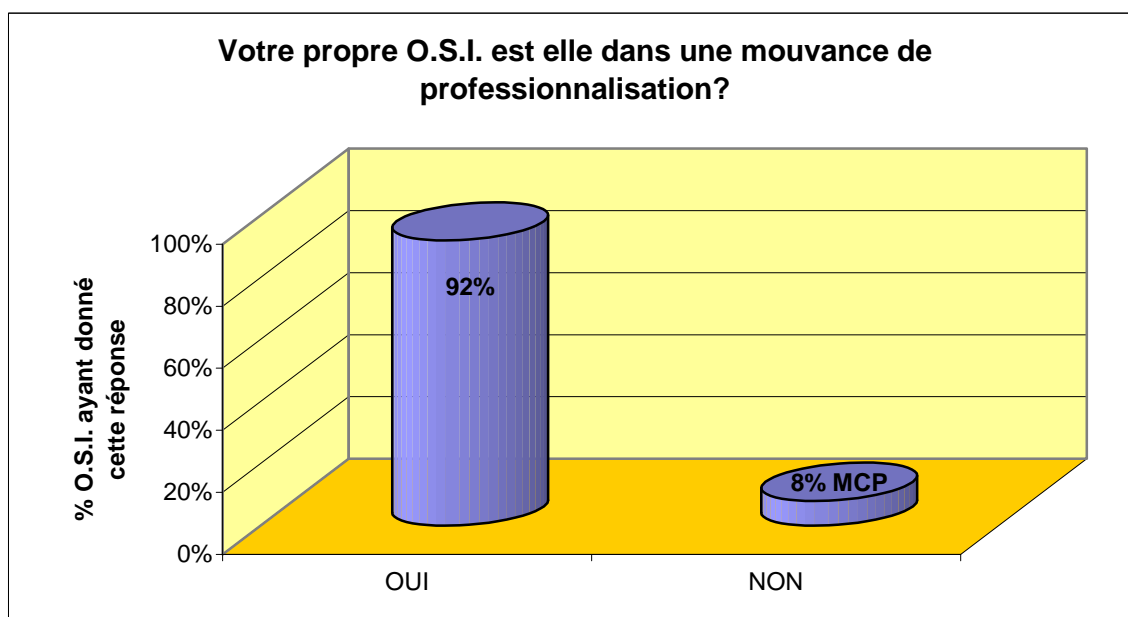


Tableau 18

➤ **Contrairement aux données bibliographiques, l'ensemble des O.S.I. se revendique en voie de professionnalisation.**

## 9) QUESTIONS 22 ET 23 : DESIR DES O.S.I. CONCERNANT L'AVENIR

- ❖ **Question 22** : Comment les O.S.I. voudraient-elles voir évoluer les compétences des médecins travaillant à leur côté ? Elles doivent choisir une seule réponse parmi quatre propositions.

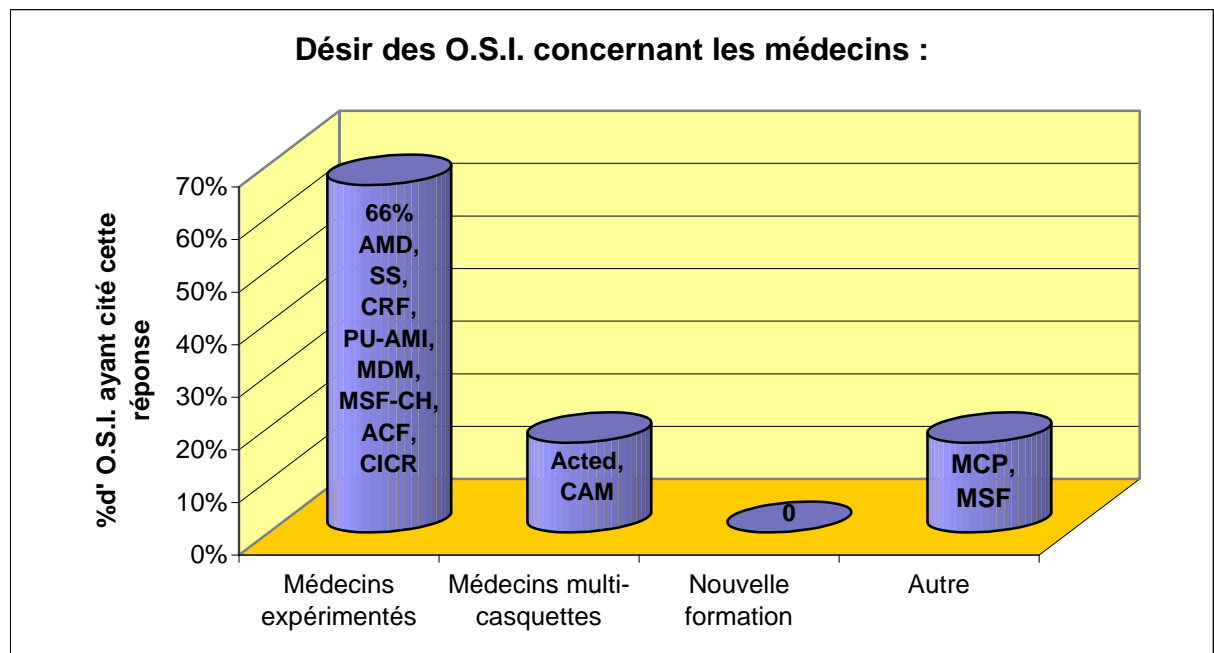


Tableau 19

Deux O.S.I. ont répondu spontanément et sans se concerter qu'elles aimeraient : « un retour aux fondamentaux cliniques »

- Les O.S.I. rejettent en bloc la création d'une nouvelle formation universitaire de médecine humanitaire et voudraient surtout des médecins expérimentés qui s'engagent sur le long terme à leur côté.

- ❖ **Question 23** : Question ouverte où les O.S.I. doivent faire des propositions pour modifier la formation actuelle des médecins spécialisés en médecine générale afin qu'elle prépare mieux à la médecine humanitaire.

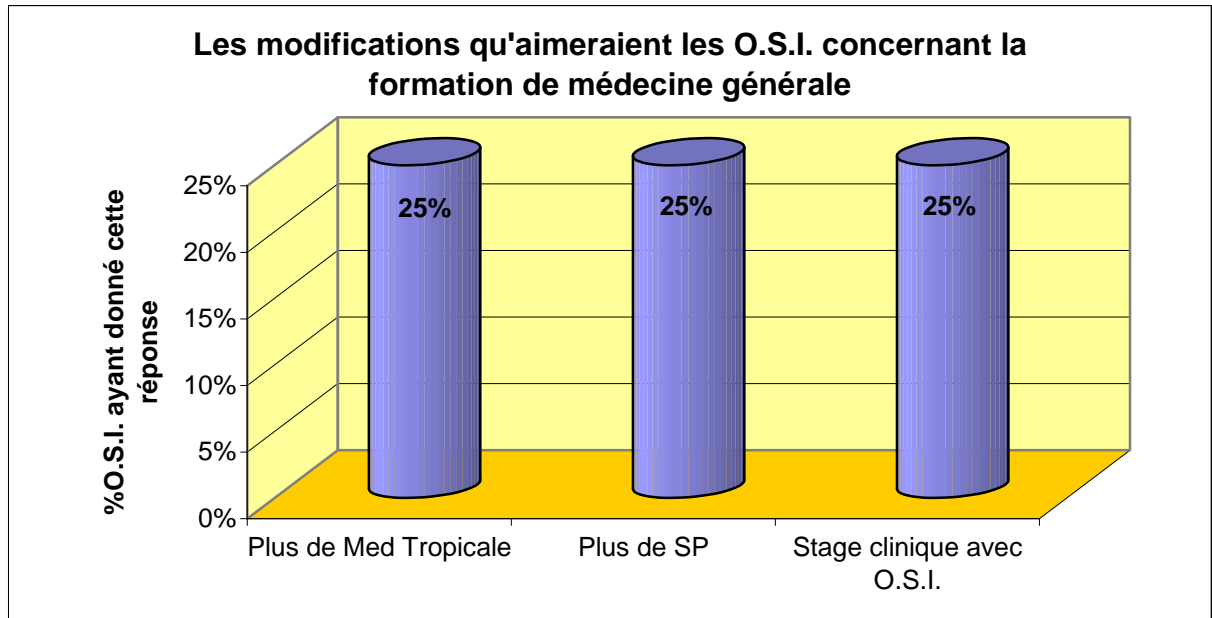


Tableau 20

SP : Santé Publique

Les O.S.I. aimeraient également que les étudiants bénéficient pendant leur cursus de formations sur l'appréhension des différences culturelles (17%) et sur la gestion de projet (8%).

- **Avec plus de santé publique, plus de médecine tropicale et une expérience de terrain, les médecins spécialisés en médecine générale seraient préparés au mieux pour partir en mission.**

## 10) RESULTAT ANNEXE : EVOLUTION CHIFFREE

Cette question demandait aux interviewés de remplir un tableau sur l'évolution, lors des trente dernières années, du nombre de missions, d'expatriés, de médecins locaux et de médecins spécialisés en médecine générale expatriés. Le but était d'étudier l'évolution de ces derniers en la comparant aux autres constantes.

Peu d'O.S.I. ont pu répondre à cette question et aucune n'a pu fournir l'ensemble des données... Voilà les seuls résultats obtenus.

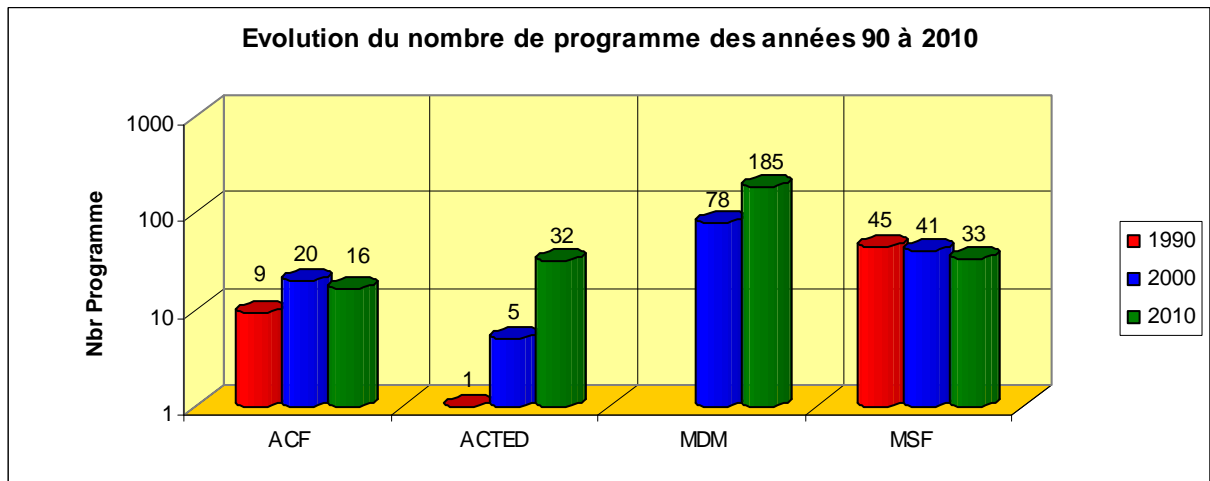


Tableau 21

Echelle logarithmique

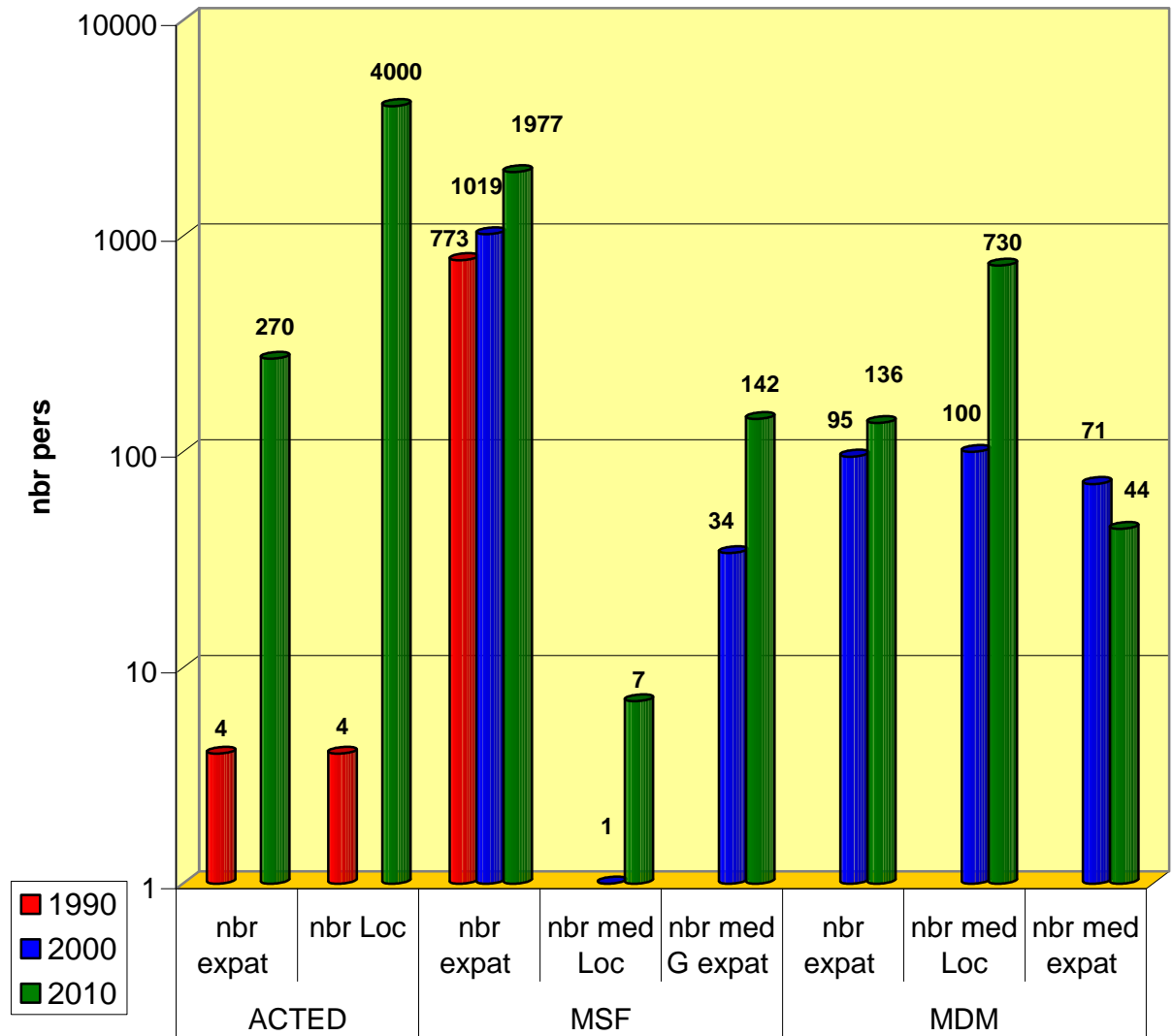


Tableau 22

Echelle logarithmique

A noter les données sont très variables d'une O.S.I. à une autre et non comparables, Acted ne comptabilisant que expat/locaux, M.D.M. ne comptabilisant pas le nombre de médecins spécialisés en médecine générale....

➤ **Conclusion : les O.S.I. ont peu de statistiques accessibles !**

## **IV- DISCUSSION**

### **1) L'ENTHOUSIASME DES O.S.I.**

Parmi l'ensemble des O.S.I. répertoriées, treize intervenant dans le domaine de la santé et étant à même de participer à une étude assez spécifique sur les médecins spécialisés en médecine générale, ont été sélectionnées.

H.I., comme les autres, a rapidement donné suite au premier mail envoyé.

Cependant, ils n'ont pas désiré participer aux entretiens, et ce non par un manque d'intérêt mais parce qu'ils ont estimé que le sujet sortait de leur domaine de compétences.

Toutes les autres O.S.I. ont accepté et se sont trouvées être, malgré un emploi du temps souvent chargé, très disponibles. Très vite les personnes contactées ont révélé un intérêt certain pour ce travail et ont cherché des personnes à responsabilité (Président, responsable de recrutement, responsable médical...) pouvant répondre au questionnaire.

Cet intérêt, s'est retrouvé lors des entretiens où l'accueil a toujours été chaleureux et les échanges souvent passionnants.

A la fin de la rencontre, les interviewés ont tous, sans exception, été demandeur d'un retour, de la conclusion de cette thèse.

Grâce à leur participation, la population obtenue pour cette étude est représentative du paysage humanitaire français. Il y a des O.N.G. de toutes tailles, certaines intervenant en situation d'urgence, d'autres en post crise ou en développement. Il y a un large panel d'O.N.G. mixtes (développement et urgence). Sans oublier les Croix-Rouge qui, elles aussi, ont accepté de participer.



## 2) LIMITES ET BIAIS

### ❖ Un questionnaire à assimiler ?

Il était proposé à tous les futurs interviewés de recevoir si ils le souhaitaient le questionnaire avant l'entretien, certains acceptant d'autres ne donnant pas suite.

Le questionnaire étant long et certaines questions amenant réflexion, il s'est avéré que ceux ayant préalablement lu le questionnaire étaient beaucoup plus à leur aise.

Pour exemple la question 7, reprenant les items de la définition de la W.O.N.C.A., peut être difficile à appréhender dans un laps de temps court pour une personne non médicale et n'ayant jamais pris connaissance de ce texte.

Cet élément pourrait être à l'origine d'un biais et le questionnaire aurait probablement du être adressé de manière systématique avant l'interview.

### ❖ Une question pour rien...

La question 1, demandant aux O.S.I. combien de missions en cours ils avaient, s'est avérée peu informative.

Le but était de caractériser la taille de l'O.S.I. sur un autre indicateur que son budget. Certaines comptabilisent effectivement le nombre de missions mais d'autres comptabilisent le nombre de programmes. Ces derniers englobent un nombre de missions très variable.

De plus, le terme de mission recouvre un ensemble d'activités très hétéroclite selon les moyens financiers.

C'est donc uniquement le budget qui reflètera la taille des O.S.I. dans cette étude.

### ❖ Une grosse déception : les chiffres !

L'annexe du questionnaire, avec notamment l'évolution chiffrée du nombre de médecins spécialisés en médecine générale expatriés ces trente dernières années, semblait très prometteuse.

Elle aurait permis de comparer le ressenti émanant des données bibliographiques et des réponses obtenues durant les entretiens à des données concrètes et objectives.

Cependant de manière globale les O.S.I. ont été dans l'incapacité de fournir ces chiffres.

Même si de toute évidence certaines n'ont pas fait l'effort de rechercher ces données, cela ayant l'air trop complexe, pour la majorité le problème n'est pas là. Malgré leur bonne volonté et visiblement un investissement de temps non négligeable, les réponses ont oscillé entre "on n'a pas retrouvé" ou "on n'a pas de statistique sur ces éléments pour cette période". Au final, on obtient quelques bribes de résultats rendant toute interprétation délicate. Ces données resteront donc, pour l'instant, dans les archives des O.S.I. qui paraissent, de manière surprenante, assez opaques...

### **3) PROFESSIONNALISATION : POUR OU CONTRE ?**

Déjà abordées et développées dans la partie trois des rappels, les références bibliographiques sur le sujet ont montré que :

- La professionnalisation est considérée comme un des moyens possibles pouvant permettre aux humanitaires de surmonter l'épreuve à laquelle ils font face actuellement
- Mais qu'elle est loin de faire consensus parmi les différents acteurs humanitaires. Certains y sont farouchement opposés et sa définition est variable selon l'interlocuteur.

Il paraissait capital de clarifier cela avec les O.S.I. interviewées et de voir quelle était leur position sur le sujet. Ce point est par lui-même intéressant et a surtout un impact direct sur l'interprétation de l'ensemble des résultats.

Contrairement aux divergences retrouvées dans les données bibliographiques, les résultats des deux questions sur la professionnalisation sont sans appel.

- Pour toutes les O.S.I., c'est avant tout « *une amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes* ».
- Par ailleurs, toutes les O.S.I. (à une exception près) estiment qu'elles sont dans une mouvance de professionnalisation.

Les personnes interviewées parlent au nom de leur organisation et ne sont pas représentatives de l'ensemble des acteurs humanitaires. Pour autant, on peut conclure de ces résultats que la

professionnalisation fait bien partie de la politique mise en place par les O.S.I. pour franchir le cap actuel.

Ses opposants sont visiblement une minorité se fondant dans la masse. La seule ayant répondu qu'elle n'était pas dans une mouvance de professionnalisation est « les médecins de Chinguetti-Pakbeng », la plus petite organisation interviewée et de budget très modeste. C'est probablement, au final, assez représentatif de la place des « anti-professionnalisation » dans le monde de l'humanitaire.

Concernant la définition de la professionnalisation, cette réponse proposée était probablement trop consensuelle. Avec du recul, il paraît évident qu'une amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes est une bonne chose et allait ramener l'adhésion des interviewés ! Toutefois, cette unanimité ne fait qu'appeler une nouvelle question :  
Comment améliore-t-on la qualité et l'efficacité des programmes ?

Malgré, la possibilité pour les O.S.I. de proposer plusieurs réponses lors de cette question peu en ont profitée. Il restera donc des points à éclaircir sur la définition de la professionnalisation à l'occasion d'un prochain travail sur le sujet.

➤ Il est quand même remarquable, que seules 17% des O.S.I. estiment que la professionnalisation passe par « *un recrutement médical plus pointu* ».

Spontanément, on aurait tendance à considérer que pour améliorer la qualité et l'efficacité des programmes, il faut aussi améliorer les compétences des professionnels y participant et donc des médecins. Des éléments abordés ultérieurement iront d'ailleurs dans ce sens.

Dans tous les cas, on retiendra que les O.S.I. médicales françaises sont dans un courant de professionnalisation.

#### 4) LA PLACE DES MEDECINS SPECIALISES EN MEDECINE GENERALE

Comme il l'a été expliqué précédemment, les O.S.I. n'ont pas été à même de fournir l'ensemble des données chiffrées. Il est donc difficile d'en tirer la moindre conclusion.

La seule constante réellement interprétable est une tendance à l'augmentation du nombre de médecins employés à la faveur des médecins locaux. Cette information est intéressante car elle traduit une politique humanitaire orientée vers le développement des capacités locales afin de limiter la substitution et d'éviter une chronicisation de l'intervention [17]. Le but ultime étant l'autogestion des programmes par les populations elles mêmes [36].

Par ailleurs, elle témoigne également d'une des solutions proposées par P Micheletti pour favoriser l'intégration des O.S.I. et améliorer leur sécurité [34]. Dans tous les cas, bien qu'intéressants, ces éléments dépassent le cadre de ce travail.

Par contre, il est impossible de se baser sur les chiffres obtenus pour juger tant de l'évolution que de la place actuelle, des médecins spécialisés en médecine générale au sein des O.S.I.

C'est donc les résultats de la question 11 qui vont servir de base pour estimer cette place. Bien que plus subjectif, le ressenti des O.S.I. a été sondé quant à l'importance des médecins spécialisés en médecine générale pour le fonctionnement et la bonne marche de leur organisation.

➤ Pour la majorité, 67%, ces derniers ont une place importante voire indispensable.

A l'occasion de cette question, l'interlocuteur de M.S.F.CH. a rajouté que : « *dans tous les cas cette place est moins importante qu'avant* ».

Cet aparté est un élément de réflexion supplémentaire concernant la professionnalisation. Il corrobore bien la citation de JC Ruffin.

Mais cela reste un avis marginal parmi les réponses à cette question.

## **5) LE METIER DE MEDECIN HUMANITAIRE :**

Pour la majorité des O.S.I., les médecins spécialisés en médecine générale ont donc un rôle important à jouer pour le fonctionnement de leur organisation. Cependant, cet avis est subjectif et n'a pu être confirmé par des chiffres comme il l'a été expliqué précédemment. De plus, ce n'est pas parce que ces médecins ont une place au sein des O.S.I. que leur profil est en adéquation avec celui de médecin humanitaire.

La deuxième partie du questionnaire va permettre de donner des précisions sur cette place. En définissant ce qu'est un médecin humanitaire, définition qui comme on l'a vu n'existe pas, les points communs et les points de divergence entre ces deux champs d'activité vont pouvoir être mis en évidence.

### **a) Qualités du médecin humanitaire :**

Définir les qualités d'un médecin humanitaire : c'est par cette question que les entretiens rentrent dans le vif du sujet. C'est une question ouverte laissant complètement libre les interviewés.

Aussi surprenant que cela puisse paraître, ce sont, essentiellement, des qualités humaines qui ressortent.

❖ *L'adaptabilité* est la qualité la plus souvent citée par les O.S.I.

Elle est plébiscitée par 75% d'entre elles. A première vue, c'est un trait de caractère intrinsèque à la personne dépassant la seule expérience ou formation professionnelle. Cependant, c'est une qualité qui pourrait être aussi reprise pour définir le médecin spécialisé en médecine générale. En effet, par son exercice ambulatoire le plaçant au cœur du quotidien de ses patients c'est le spécialiste qui doit le plus faire preuve d'adaptabilité.

❖ *L'ouverture d'esprit* est proposée par 58% des interviewés.

Ce qui pour une question ouverte, est relativement important. Là encore, c'est une qualité humaine dépassant le cadre professionnel et qui pourtant serait une des spécificités du médecin spécialisé en médecine générale d'après les O.S.I. Cet élément sera développé plus en profondeur ultérieurement.

De toute évidence ces qualités humaines, avec en priorité l'ouverture d'esprit, sont des caractéristiques fondamentales du médecin humanitaire qui serviront de fil conducteur lors de la plupart des entretiens. En effet, les O.S.I. y reviendront fréquemment :

- Quelle(s) caractéristique(s) voulez vous rajouter aux items de la définition de la W.O.N.C.A. ? :

« *L'ouverture d'esprit* »

- Qu'aimeriez vous modifier dans la formation médicale actuelle pour que les médecins soient mieux préparés à la médecine humanitaire ? :

« *L'ouverture d'esprit* »

❖ Les *compétences techniques* sont, tout de même, également largement plébiscitées.

Spontanément et malgré un nombre important d'O.S.I. ayant proposé cette qualité, on peut se demander ce que l'on doit conclure d'une telle réponse.

- Certains médecins issus des facultés françaises seraient ils incompetents ?

- Mais au fait, de quelles compétences s'agit il ? Médicales ? Extra médicales ?

En premier lieu, on peut retenir qu'aucune n'a répondu qu'un bon médecin humanitaire est un bon urgentiste ou un bon infectiologue, ce qui est déjà un élément encourageant pour les médecins spécialisés en médecine générale ayant le désir de s'engager dans l'humanitaire.

Ensuite, en considérant qu'à priori ces derniers exercent correctement leur art en France et que les O.S.I. insistent sur cette notion de « *compétences techniques* », on en déduit que le champ d'activité du médecin humanitaire dépasse celui de la médecine générale classique.

La suite de la discussion permettra de développer les compétences complémentaires requises.

Pour finir, cette réponse est riche d'informations concernant l'élan de professionnalisation déjà bien abordé.

Tout le monde souhaite travailler avec des gens compétents. Si les O.S.I. s'attardent sur ce point, c'est qu'avec la professionnalisation les qualités humaines, qui restent fondamentales, ne sont aujourd'hui plus suffisantes.

Cela vient confirmer les éléments bibliographiques développés dans la partie trois des rappels, indiquant que la motivation et la bonne volonté ne seront dorénavant plus suffisantes si les compétences techniques ne suivent pas.

En extrapolant, il paraît juste d'en conclure que la professionnalisation aura bien plus de répercussions sur le recrutement des médecins spécialisés en médecine générale que ne l'admettent les interviewés comme il l'a déjà été pressenti précédemment.

**b) Fonctions du médecin humanitaire :**

A partir des résultats des questions 5 et 6, un aperçu des fonctions que le médecin humanitaire pouvait être amenés à prendre en charge a été dressé :

❖ Les activités de soins :

Les activités de soins lors d'une mission de développement sont des soins de santé primaire. Dans les missions d'urgence ce sont avant tout des soins d'urgence puis de santé primaire et à priori, seulement occasionnellement, des soins de réanimations.

La médecine générale est une discipline orientée vers les soins primaires ce qui est parfaitement en adéquation avec les activités de soins des missions de développement [13]. Dans les missions d'urgence, l'activité oscille entre celle de la médecine générale et celle de la médecine d'urgence. Rappelons juste qu'en France, de nombreux urgentistes sont des médecins spécialisés en médecine générale et que ces derniers sont formés et amenés à prendre en charge des urgences.

Une autre facette de l'activité de soin, dont l'importance est tout aussi primordiale reste à développer : les pathologies à prendre en charge. Elles seront abordées plus loin.

❖ Pluralité des fonctions :

*« Même chez les médicaux, l'essentiel du quotidien des volontaires d'O.N.G. que nous avons observé, consistait en des tâches de gestion, de comptabilité, de rencontre de fournisseurs, de gestion de ressources humaines, de rédaction de propositions... » [8]*

Cet extrait du livre de J Simeant et P Dauvin fait très probablement référence à l'activité de responsables médicaux ou de chefs de mission.

Il n'en reste pas moins révélateur de la multitude de tâches qui incombe au médecin humanitaire, où l'activité de soins n'est même plus évoquée !

Les résultats obtenus sont tout à fait concordants. D'après les questions 5 et 6, le soin est loin d'être la seule activité, il passe même au second plan dans les missions de développement et de nombreuses fonctions sont mises en évidence : formation du personnel local, surveillance épidémiologique, évaluation des besoins médicaux, encadrement du personnel local...

La pluralité des fonctions est une des différences séparant médecine générale et médecine humanitaire comme en ont conscience les O.S.I.

Elles reviennent en effet à deux reprises, sur cette spécificité :

- A l'occasion de la question 13, où, tout de même, 25% des interviewés estiment que la pluralité des fonctions constitue la principale différence entre ces deux champs d'activité.
- 17% des O.S.I. y reviennent également lorsqu'à la question 20 elles sont interrogées sur l'avenir de la médecine humanitaire qui passera, selon elles, par des médecins « multi-casquettes ».

❖ Enseignant/Formateur :

La formation du personnel local est une fonction particulièrement importante du médecin humanitaire :

- Premièrement, car elle représente une part importante de leur activité. C'est même, pour 75 % des O.S.I. la première activité lors des missions de développement.
- Deuxièmement, car elle correspond, à la mise en pratique du concept de « non substitution », idée phare et essentielle de l'humanitaire pour permettre à chacun d'accéder à son autonomie. Déjà abordée lors de la partie quatre de la discussion, cette idée est défendue par de nombreux acteurs de l'humanitaire et ardemment par les O.S.I. de taille modeste ayant participé à cette étude comme en témoignent les résultats à la question 4.



Un enjeu de taille repose donc sur les capacités pédagogiques des médecins humanitaires et donc potentiellement des médecins spécialisés en médecine générale.

Il est vrai que ces derniers peuvent être amenés à encadrer leurs cadets durant leurs études ou durant leur vie professionnelle s'ils sont maîtres de stage. Cependant, c'est loin de constituer leur activité principale.

Ils n'ont, de plus, aucune formation à l'enseignement durant leurs études.

Dans leur livre « Médecine humanitaire », Lebas J, Veber F et Brücker G, développent de manière particulièrement intéressante cet aspect du métier. Les enjeux y sont très clairement palpables « *la formation dans l'action humanitaire est une formation à haut risque* » et on prend conscience du nombre de paramètres considérables à intégrer pour un enseignement de qualité [18].

Ils précisent à cette occasion « *qu'aimer enseigner ou donner quelques cours pour former correctement une personne n'est plus suffisant* » [17].

Toujours sur ce sujet, P. Blasco et R. Gagnayre, révèlent la surprise des médecins nouvellement expatriés, qui s'imaginaient prodiguer des soins dans un contexte d'urgence et qui se retrouvent finalement à assurer un rôle de formateur [2].

Ils montrent d'ailleurs que cela est une source de déstabilisation importante pour ces médecins qui se sentent légèrement pris au dépourvu.

L'ensemble de ces éléments amène à réflexion. Il existe vraisemblablement des points à améliorer. La pédagogie n'est pas une qualité humaine innée et, vu l'importance de son impact, nécessite des efforts de part et d'autre :

- Le médecin spécialisé en médecine humanitaire ayant le désir de partir en mission humanitaire doit avoir conscience de l'importance de cet aspect du métier et doit envisager des expériences et/ou des formations pour améliorer ses performances dans ce domaine.
- Les O.S.I. devraient également proposer des formations adaptées comme il l'est suggéré dans le livre « médecine humanitaire » [20].

❖ Surveillance épidémiologique :

La surveillance épidémiologique fait partie du quotidien du médecin humanitaire aussi bien lors d'une mission d'urgence que lors d'une mission de développement comme le montrent les questions 5 et 6.

Même si l'épidémiologie fait partie des matières enseignées lors de son cursus universitaire et même s'il participe à la surveillance épidémiologique du territoire français, c'est un domaine qui peut mettre en difficulté le médecin spécialisé en médecine générale.

En effet, comme le montre le livre « *Guerre et santé publique* », c'est une discipline complexe sur laquelle reposent toutes les décisions clés d'une mission [19]. Elle guide également les décisions médicales et les choix thérapeutiques [3].

Lors des entretiens, les O.S.I. expriment bien l'importance de la santé publique et la possibilité que le médecin spécialisé en médecine générale soit à la limite de ses compétences dans ce domaine :

- Il ressort de la question 23 que 25% d'entre elles souhaiteraient plus de santé publique dans le cursus de ces médecins.
- A la question 18, pour une O.S.I., la formation universitaire canadienne préparerait mieux à la médecine humanitaire, notamment, car il y aurait plus de santé publique.

La santé publique est essentielle à la réussite d'une mission. Cependant, les décisions clés ne reposent généralement pas sur les médecins inexpérimentés. Avec les bases qu'il a reçues lors de son cursus, le médecin spécialisé en médecine générale peut donc partir pour une première mission sans formation complémentaire.

Par contre, une carrière dans l'humanitaire demandera un investissement plus important. Les intéressés auront alors l'avantage de pouvoir orienter leur formation sur les lacunes que leur expérience aura mises en évidence. En effet, la santé publique est une discipline à part entière que l'on ne saurait entièrement assimiler avec une seule formation.

Les autres fonctions sont l'encadrement du personnel local et l'évaluation des besoins en matériels médicaux qui, elles, font partie intégrante du quotidien de ces médecins exerçant en métropole.

Elle ne devrait donc pas, de prime abord, poser de problème majeur aux médecins spécialisés en médecine générale. A noter, tout de même que l'encadrement du personnel local implique de prendre en compte les différences culturelles ce qui peut demander une bonne capacité d'adaptation selon les cas.

**c) Définition de la médecine générale de la W.O.N.C.A. [16]:**

Les spécialistes européens de la médecine générale se sont accordés sur une définition de leur spécialité développée dans la partie quatre des rappels.

Cette définition a offert l'opportunité de pouvoir proposer chaque caractéristique du médecin spécialisé en médecine générale aux interviewés afin de leur demander si ils les reprendraient pour définir le médecin humanitaire.

La lecture des résultats de cette question (la 7), peut laisser à penser qu'en comparant de cette manière, médecine générale et médecine humanitaire, beaucoup de différences apparaissent.

Mais sur le fond pas réellement ; des items clés, notamment celui sur la promotion et l'éducation à la santé, celui de la responsabilité spécifique de santé publique (...) sont unanimement repris par les O.S.I. pour définir un médecin humanitaire.

D'autre part certains des items rejetés, bien que différenciant médecine générale et médecine humanitaire, n'entraînent aucune conséquence quant à la capacité du médecin spécialisé en médecine générale à faire de l'humanitaire :

- Les items impliquant des notions de durée ont été massivement rejetés. Il est évident que c'est un point clé de la définition de la médecine générale/médecine de famille. Il n'en reste pas moins que ces médecins sont quand même capables de prendre en charge des patients dont ils n'assurent pas le suivi sur le long terme. Cela constitue même une part non négligeable de leur activité et ce, sans parler des médecins travaillant en zone touristique.
- Les O.S.I. ont insisté sur le fait que de manière générale, les pathologies prises en charge l'étaient à un stade plutôt tardif de leur évolution. En France, les médecins spécialisés en médecine générale sont en première ligne d'une population souvent

surmédicalisée. Ils sont donc amenés à diagnostiquer des maladies à un stade précoce. Le tableau médical est alors souvent incomplet rendant le diagnostic plus complexe. Là encore, cela ne les empêche pas d'être amenés à prendre en charge, régulièrement, des patients avec des pathologies à un stade avancé de leur évolution, dans leur exercice quotidien.

Une différence est malgré tout significative. Alors que dans la définition de la W.O.N.C.A. l'approche du médecin est avant tout centrée sur la personne, pour 50% des O.S.I. dans le cadre d'une action humanitaire, l'approche est avant tout communautaire. La personne étant prise en considération dans un deuxième temps et seulement si cela est possible. Rappelons tout de même, que comme le montrent les résultats, l'avis des O.S.I. est mitigé sur ce sujet.

En complément à la question 8, où les interviewés doivent compléter cette définition, 25% déclarent qu'aucune caractéristique essentielle ne manque. Les 75% restant n'en rajoutent qu'une seule. Celle qui est le plus souvent citée est l'ouverture d'esprit. Ils entendent essentiellement par là, l'intégration des différences culturelles lors de la prise en charge des patients.

Cette notion est pourtant abordée dans la définition de la W.O.N.C.A. :

- « dans ses dimensions individuelles familiales et communautaires » ;
- « répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »
- « indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée »

Mais on l'a déjà vu, c'est un point essentiel de l'action humanitaire. Son enjeu est tel qu'elle nécessite aux yeux des interviewés qu'un item complet lui soit dédié.

Jacquot C a également réalisé un travail similaire dans sa thèse [12]. Elle a, à partir d'une revue de la littérature, modifié chaque item de la définition de la W.O.N.C.A. Europe. Dans son travail, les différences prennent plus d'ampleur puisque tous les critères sont réadaptés pour correspondre exactement à la médecine humanitaire (voir annexes 4).

Au final, quelle que soit l'importance que l'on donne à ces différences, on peut retenir que lorsqu'on demande aux O.S.I. de compléter cette définition une seule caractéristique, qui est au final déjà présente dans la définition de la W.O.N.C.A., est proposée.

De plus, le but étant de savoir si le médecin spécialisé en médecine générale est à même de faire un bon humanitaire, il est important de signaler que les différences révélées ne constituent pas un handicap pour ces médecins.

Ils doivent cependant se méfier de l'approche communautaire qui nécessite un regard et une réflexion différente.

**d) Les moyens diagnostics et thérapeutiques :**

Les résultats évoqués jusque là n'ont pas fourni l'occasion d'aborder cet élément. Pourtant, lorsqu'à la question 13, les O.S.I. sont interrogées sur la principale différence entre la médecine générale en France et la médecine humanitaire, ce sont « les moyens diagnostics et thérapeutiques » qui sont retenus par 75% d'entre elles.

Elles profitent de l'occasion pour insister sur l'importance de la clinique et de la relative difficulté d'obtenir des examens complémentaires en comparaison avec la France.

De nouveau, un point important aux yeux des O.S.I. est soulevé et reviendra à plusieurs reprises au cours des entretiens. Notamment :

- A la question 18, sur l'origine des médecins les mieux préparés à l'humanitaire, 25% se prononcent en faveur de certains pays d'Afrique. Ils ont l'avantage de connaître des conditions d'exercice proches de celles qu'ils seront amenés à rencontrer lors des missions. Faut-il encore que leur formation soit tout de même de qualité.
- A la question 22, 17% des O.S.I. se démarquent et reviennent de manière indirecte sur les moyens diagnostics et thérapeutiques à disposition. Sans que cette réponse ne leurs soit proposée et sans concertation aucune, une O.S.I. de taille modeste et une de grande taille plaident, pour l'avenir, en faveur d'un retour aux fondamentaux cliniques...

Cette question et les remarques qu'elle suscite de la part des O.S.I. doivent alerter les futurs expatriés. Là encore, ils devront savoir s'adapter, cela ne constitue pas pour autant un obstacle insurmontable aux médecins spécialisés en médecine générale désirant faire de l'humanitaire.

## 6) LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGES :

Elles constituent l'autre versant de l'activité de soins et reflètent une partie des compétences médicales dont doit être pourvu le médecin humanitaire. Elles sont abordées dans les questions 8 et 9.

➤ Il en ressort que le V.I.H et le paludisme font partis, d'après les O.S.I., des cinq pathologies rencontrées le plus fréquemment au cours d'une mission.

Ensuite, on retrouve la tuberculose, les parasitoses digestives.

Puis, probablement, de nombreuses pathologies tropicales peu fréquentes, donc ne ressortant pas dans les résultats de ces questions, mais en tout cas jamais rencontrées en métropole par des médecins spécialisés en médecine générale.

➤ 83% des O.S.I. estiment que le médecin humanitaire est régulièrement confronté à des maladies infectieuses complexes.

➤ Dans le même ordre d'idée, les principaux programmes médicaux verticaux concernent le V.I.H., la tuberculose, et le paludisme.

Ces résultats sont à pondérer par le fait qu'ils sont basés sur le ressenti des interviewés et non sur des statistiques. La fréquence de ces pathologies est donc peut être surestimée par le fait qu'elles marquent forcément plus les intéressés qu'une simple rhino-pharyngite.

Il n'en reste pas moins que les O.S.I. sont globalement toutes d'accord sur le fait que des maladies infectieuses complexes sont bien présentes.

Concernant ce domaine, les compétences des médecins spécialisés en médecine générale sont donc très largement dépassées. Ces pathologies relèvent du domaine de l'infectiologue, tout du moins en France.

L'avis des O.S.I. est curieusement paradoxal sur ce point. D'un côté, le problème semble inexistant :

- Pour aucune, les pathologies prises en charge ne constituent une différence essentielle séparant médecine générale et médecine humanitaire, comme en témoigne la question 12.

- Dans le même ordre d'idée, la question 19 montre qu'aucune fois, le but des mesures encadrant le départ des médecins inexpérimentés est de mettre à jour les connaissances médicales de ces derniers.

Mais parallèlement :

- A la question 16 abordant les éléments professionnels et personnels nécessaires pour le recrutement, la seule formation complémentaire à ressortir est la formation en médecine tropicale.
- De plus, 25% des O.S.I. aimeraient, qu'à l'avenir, la formation de médecine générale comprenne plus de médecine tropicale comme l'atteste la question 23.

Quoiqu'il en soit les pathologies auxquelles peuvent être confrontés les médecins humanitaires peuvent mettre en difficulté les médecins spécialisés en médecine générale.

Il est vrai que ces derniers ont bénéficié de formations en infectiologie et en médecine tropicale durant leurs études. De plus, des protocoles sont à la disposition des médecins dans la plupart des O.S.I.. Cependant, les médecins désireux d'humanitaire devront tout de même s'investir personnellement dans le domaine des pathologies infectieuses et tropicales (documentation, formation...) afin d'avoir les compétences adéquates.

En complément de cette partie, on peut intégrer les résultats de la question 15 où l'on voit que 58% des organisations reconnaissent proposer à des médecins spécialisés en médecine générale des postes initialement destinés à des spécialistes du fait du manque de disponibilité de ces derniers.

On peut donc en déduire, que les O.S.I. ont d'importantes difficultés, à recruter autant de spécialistes qu'elles le voudraient.

Il est décevant de constater qu'il arrive que la place de ces médecins ne soit qu'un choix par défaut. Dans ce cas précis, il est évident que les compétences médicales ne sont vraisemblablement pas adaptées et que donc cette place n'est pas justifiée.

## 7) RECRUTEMENT :

Un autre indicateur témoignant des compétences nécessaires au médecin humanitaire est de savoir quels éléments sont recherchés par les ressources humaines des O.S.I. lorsqu'elles recrutent un médecin spécialisé en médecine générale inexpérimenté. C'est le sujet de la question 16.

➤ Malgré les éléments mis en évidence jusque là et séparant la médecine générale de la médecine humanitaire, la majorité des O.S.I. estime qu'aucune formation ou expérience complémentaire au cursus universitaire classique n'est nécessaire.

➤ Par contre au niveau personnel 67 % demandent la pratique de langues secondaires et 42% une disponibilité de plusieurs mois.

De manière globale, sans que les organisations ne l'expriment réellement de manière explicite, on a le sentiment que tous les cas sont imaginables et que rien n'est réellement indispensable, tant au niveau professionnel que personnel, pour s'engager dans l'humanitaire.

Pour autant, les O.S.I. ne font pas appel à tous les médecins spécialisés en médecine générale candidats à un départ. Loin sans faux ! La question 17 est on ne peut plus claire sur ce point. Pour 73% des interviewés, moins de 25% des demandes de candidature se concrétiseront. Les O.S.I ont donc du choix et opèrent une sélection importante.

Ce point est tout de même à pondérer avec la capacité qu'a l'organisation à expatrier des médecins. Pour exemple, M.S.F. F qui emploie de nombreux de médecins, ne rejette que 25 à 50% des dossiers de candidature.

Quoi qu'il en soit, même si elles ont du mal à les définir avec précision, des atouts complémentaires sont forcément utiles pour émerger des dossiers de candidature. Ces atouts sont des expériences ou des formations témoignant de compétences dans les domaines évoqués dans les parties précédentes. L'ensemble devant répondre aux attentes des chargés de recrutement et de leur panel de critères dont ils ont le secret.



## 8) QUESTION DE TAILLE ?

Les O.S.I. ont été classées en trois groupes selon l'importance de leur budget. L'intérêt étant de voir si selon la taille de l'organisation les résultats obtenus restaient les mêmes ou non.

Les différences retrouvées sont minimales et, de manière globale, les éléments importants ne varient pas avec la taille de l'O.S.I.

Ci-dessous les différences retrouvées :

- ❖ Pour les O.S.I. de taille modeste, la « *non substitution* » est la qualité la plus importante du médecin humanitaire.

Déjà mentionnée précédemment, elle constitue une idée phare de l'humanitaire en général, et ce, quelque soit la taille de l'O.S.I.

Cela ressort plus chez les O.S.I. de taille modeste interrogées pour la bonne raison que deux d'entre elles (Santé Sud et A.M.D.) en ont fait leur "cheval de bataille". C'est leur principale caractéristique.

Pour ne citer qu'elle, le slogan de Santé Sud est « *Agir sans remplacer* ».

- ❖ Concernant l'importance des médecins spécialisés en médecine générale pour le fonctionnement des O.S.I. :

Elle est inversement proportionnelle à la taille de l'organisme, c'est en tout cas ce qu'il ressort de la question 11. Il paraît cependant difficile d'en tirer la moindre généralité définitive.

Pour les O.S.I. de taille modeste interviewées, cette place est souvent considérée comme indispensable. Cependant elles ont été sélectionnées, aussi, car elles travaillent avec des médecins spécialisés en médecine générale et donc étaient à même de répondre à cet entretien. Mais, nombreuses O.S.I. de taille modeste ont d'autres spécificités (Chirurgicale, obstétrique...) avec pour conséquence, alors, une probable « non » place de ces médecins.

Par ailleurs, même si parmi les quatre organisations de grande taille, 2 ont répondu « *remplaçables* », pour M.S.F-F., qui reste la grosse O.N.G. française, cette place reste importante.

- ❖ On l'a vu, la majorité des O.S.I. reconnaît qu'il leur arrive de proposer aux médecins spécialisés en médecine générale des postes initialement destinés à un autre spécialiste. Lorsque l'on détaille la question 15, on voit en fait que cela est le cas pour la totalité des O.S.I. de taille moyenne, puis pour seulement 50% des O.S.I. de grande taille et jamais pour les O.S.I. de taille modeste.  
On peut émettre comme explication que pour celles de taille modeste le besoin quantitatif de ces autres spécialités reste faible. Il doit être rapidement comblé par le bouche à oreille et la cooptation.  
Pour celle de grande taille, c'est peut être juste leur notoriété qui leur permet d'attirer plus facilement ces autres spécialistes.
  
- ❖ Un point surprenant : si les O.S.I. dans leur majorité se contentent d'un cursus universitaire classique lors du recrutement, les O.S.I. de taille modeste, elles, demandent toujours des formations ou expériences complémentaires lors du recrutement. Elles n'attendent, par contre, rien de particulier, seulement des atouts en plus, quels qu'ils soient.
  
- ❖ Enfin, les disponibilités demandées par les OSI de taille modeste sont généralement beaucoup plus courtes (quelques semaines).

## **9) LES ATOUS DES MEDECINS SPECIALISES EN MEDECINE GENERALE**

Jusque là, le métier de médecin humanitaire a été défini sous différents angles, la professionnalisation a été étudiée afin de connaître sa répercussion sur le recrutement médical, tout cela dans le but de voir si il y avait des différences susceptibles de remettre en cause la place que les O.S.I. accordent aux médecins spécialisés en médecine générale au sein de leur organisation. Mais les atouts doivent également être recherchés.

Encore une fois, la médecine générale est dorénavant une spécialité à part entière avec des caractéristiques précises. Il est donc important de voir si elle apporte des spécificités qui sont importantes pour la médecine humanitaire et qui lui sont propres.

C'est ce que recherche la question 13 et les résultats sont clairs. Les médecins spécialisés en médecine générale ont pour 75% des O.S.I., des spécificités essentielles au déroulement des missions. D'après elles, ils excellent par rapport aux autres spécialistes dans l'intégration des facteurs socioculturels (élément clé de l'humanitaire évoqué à de multiples reprises) et ont une approche médicale plus globale.

Par ailleurs, on peut également noter qu'ils apportent de manière systématique, une valeur ajoutée par rapport aux médecins locaux. Pourtant l'envoi d'expatriés présente également des inconvénients (un coût élevé, le risque d'inadaptation au terrain culturelle... [38]) mais les résultats de la question 14 sont catégoriques.

Malgré, l'importance de la « non substitution », malgré la nécessité de donner de plus en plus de responsabilités aux personnels locaux pour l'avenir de l'humanitaire, les médecins spécialisés en médecine générale sont encore utiles sur le terrain. A priori, la formation des professionnels de santé est encore insuffisante dans certains pays.

La médecine humanitaire a des spécificités par rapport à la médecine générale mais cette dernière à des atouts maîtres là rendant, indispensable.

## 10) SYNTHÈSE

Ce travail apporte des éléments concrets permettant de comparer médecine générale et médecine humanitaire, de définir la place des médecins spécialisés en médecine générale dans les O.S.I. en 2011 et de juger de la pertinence de cette place.

Comme l'attestent les interviewés, le médecin spécialisé en médecine générale a bien sa place dans la médecine humanitaire.

Bien entendu, médecine générale et médecine humanitaire sont deux entités distinctes. Plusieurs éléments différenciant ces champs d'activité ont été mis en évidence. La pluralité de fonctions, la médecine tropicale, la santé publique sont des spécificités de la médecine humanitaire par rapport à la médecine générale.

**Concernant la pluralité de fonctions**, les médecins devront faire preuve d'une bonne capacité d'adaptation. Mais il est intéressant de noter que cette faiblesse ne serait pas palliée par un médecin d'une autre spécialité. Au contraire, le médecin spécialisé en médecine générale n'est il pas, justement, celui qui a le plus de cordes à son arc ?

**Concernant les pathologies prises en charge**, le problème est plus complexe. Accepterions nous par exemple, en France, d'être pris entièrement en charge par un médecin spécialisé en médecine générale si nous avions le S.I.D.A. ?

Rappelons que l'activité de soins est loin d'être exclusive lors d'une mission, bien au contraire, et qu'il ne faut donc pas surévaluer l'importance de cette spécificité.

**En contrepartie, nous devons souligner que ces médecins apportent des éléments essentiels comme une meilleure intégration des facteurs socioculturels qui est à la base de toute action humanitaire.**

Le médecin humanitaire parfait n'existe pas en terme de spécialistes tels qu'on les connaît en France. Les postes ont des profils variables et peuvent nécessiter des compétences spécifiques relevant d'autres spécialités notamment des infectiologues. Ce qui est regrettable, c'est qu'il arrive que les médecins spécialisés en médecine générale combrent l'absence de ces autres spécialistes.

Mais leur présence dans le monde humanitaire n'est ni dû au hasard, ni dû au seul manque de disponibilités de ces derniers.

Les O.S.I., ont besoin, pour la majorité de leurs postes, de médecins polyvalents pour lesquels les médecins spécialisés en médecine générale sont probablement les plus compétents.

D'une certaine manière, on pourrait dire que le médecin humanitaire est un médecin spécialisé en médecine générale, pédagogue, ouvert d'esprit, parlant au moins deux langues et qui s'est investi en santé publique et médecine tropicale.

Il est, d'ailleurs, assez remarquable quand à la fiabilité des réponses obtenues, de voir que les deux derniers points de ce profil répondent exactement aux modifications qu'apporteraient les O.S.I. à la formation universitaire de ces médecins comme le montrent les résultats de la question 23.

De manière tout à fait justifiée, se pose à ce sujet, la question des formations complémentaires. Des mesures, développées à la question 19, sont mises en place pour accompagner le futur expatrié. Mais elles n'abordent pas ou peu le domaine purement médical. Pourtant, les connaissances des médecins spécialisés en médecine générale en médecine tropicale et en santé publique sont elles suffisantes ? Globalement, on l'a vu, les formations complémentaires ne sont pas nécessaires au recrutement. Pour S Zimmermann, une formation préalable en médecine tropicale est souhaitée mais pas obligatoire [48]. C Vanbelle, qui présente l'ensemble des formations possibles en arrive au même point sur les formations à envisager et montre l'avis divergent des O.S.I. sur leur intérêt [46].

Ces formations sont : les formations Bioforce, C.E.S.H., Humacoop... Ou les formations universitaires, variables d'année en année : D.I.U. médecine tropicale et santé internationale (Paris), capacité médecine tropicale (Marseille), D.U. action humanitaire (Dijon)...

Sans pouvoir trancher, on conclura : utile mais pas nécessaire pour une première mission.

**Concernant l'avenir de l'humanitaire**, qui passera notamment par la professionnalisation, le nombre de médecins, et donc de médecins spécialisés en médecine générale, expatriés devrait inévitablement diminuer.

Comme le montre P. Dauvin et J. Simeant, les médecins ne vont plus, sur leur seul titre, être "la pierre angulaire" des missions.

Ils ne seront plus qu'un des éléments, d'une chaîne complexe composée de différents professionnels de l'humanitaire. Ils devront faire la preuve de leurs compétences et justifier leur position.

D'autre part, les locaux connaissant mieux le terrain, étant mieux acceptés, devront passer au premier plan [9].

Ils n'en restent pas moins, pour le moment, essentiels à l'activité humanitaire. Ils vont donc être un des éléments majeurs de l'efficacité et de la qualité des programmes.

Ce sont avant tout de médecins connaissant bien leur métier, et pas forcément de médecins hyper spécialisés, dont les O.S.I. ont besoin. Comme en atteste la réponse à la question 22, où l'on voit que 66% d'entre elles espèrent pour l'avenir un engagement de ces médecins à leur côté sur la durée, alors qu'aucune ne se prononce en faveur d'une nouvelle formation universitaire....

Cette étude est axée sur les médecins spécialisés en médecine générale n'ayant pas d'expérience dans l'humanitaire. Compléter ce travail en étudiant comment les O.S.I. peuvent faire pour fidéliser leur personnel médical serait fort intéressant.

D'autant plus que cela correspond probablement, au versant médical de la professionnalisation des humanitaires...

## ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

### QUELLE EST LA PLACE DES MEDECINS SPECIALISES EN MEDECINE GENERALE DANS LES ORGANISATIONS DE SOLIDARITE INTERNATIONALE (OSI) FRANCAISES EN 2011 ?

#### Introduction

- 1) Combien de missions internationales en cours avez-vous?
- 2) Parmi l'ensemble de vos expatriés, quel est, environ, le pourcentage envoyé en mission :
  - a- D'urgence ?
  - b- De développement/réhabilitation ?
- 3) Quel est votre budget pour l'année 2011 ?

#### Définition De La Fonction De Médecin Humanitaire

- 4) Comment définiriez vous *en trois mots* les qualités d'un médecin humanitaire ?
- 5) Quels sont les activités principales d'un médecin humanitaire en mission d'urgence ?  
(Si plusieurs réponses, merci de les classer par ordre d'importance, la première étant la plus importante)
  - a Activité de soins de santé primaire
  - b Activité de soins d'urgence
  - c Activité de soins de réanimation
  - d Evaluation des besoins en matériels médicaux
  - e Organisation des activités de santé entre les différents intervenants
  - f Encadrement du personnel local
  - g Formation du personnel local
  - h Surveillance épidémiologique
  - i Collecte de fonds
  - j Autres (préciser) : .....
- 6) Quels sont les activités principales d'un médecin humanitaire en mission de développement ?  
(Si plusieurs réponses, merci de les classer par ordre d'importance, la première étant la plus importante)
  - a Activité de soins de santé primaire
  - b Evaluation des besoins médicaux
  - c Contrôle de la bonne évolution du projet médical et du budget
  - d Plaidoyer auprès des autorités locales pour la mise en œuvre du projet
  - e Encadrement du personnel local
  - f Formation du personnel local
  - g Surveillance épidémiologique
  - h Collecte de fonds
  - i Autres (préciser) : .....

7) Voici, ci-dessous et en résumé, les caractéristiques, qui définissent un médecin généraliste (MG) selon un consensus européen. Pourriez vous cocher celles qui, pour vous, se retrouvent chez un médecin humanitaire :

- a Répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle
- b Favorise la promotion et l'éducation pour la santé
- c Base sa démarche diagnostique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
- d A une responsabilité de santé publique dans la communauté
- e Assure la continuité des soins tout au long de la vie du patient
- f Développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles familiales et communautaires
- g Gère simultanément les pathologies aiguës et chroniques
- h Intervient le plus souvent à un stade précoce et indifférencié des maladies
- i Assure la coordination des soins entre les différents intervenants, en se plaçant si nécessaire en défenseur du patient
- j Construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée
- k Est le premier contact avec le système de soins ; accessible à tous et non limité

8) Y-a-t-il une ou plusieurs caractéristiques essentielles aux médecins humanitaires que vous voudriez rajouter ?

- Oui  Non
- La ou lesquelles : .....

9) De manière générale, citez les 5 pathologies les plus souvent rencontrées par un médecin humanitaire ?

- - - - -

10) Si certains de vos projets médicaux concernent la lutte contre une pathologie spécifique, quelles sont les 3 plus fréquentes ?

- - -



**Les MG et L'Humanitaire**

11) Concernant l'organisation et la bonne marche de votre ONG ; diriez vous que les MG ont un rôle : *(1 seule réponse)*

- a Indispensable
- b Important car ils représentent une part importante du nombre de médecins expatriés
- c Important car ils apportent un savoir faire spécifique
- d Peu important (remplaçables par d'autres spécialistes ou d'autres professionnels de santé ou des locaux)

12) Par rapport à l'exercice de la médecine générale telle que vous le percevez en France, quelle est pour vous, la principale différence par rapport à la médecine humanitaire ? *(1 seule réponse)*

- a Les pathologies prises en charge
- b Les moyens diagnostics et thérapeutiques à disposition
- c La pluralité de fonction (Encadrement et formation des locaux, Santé publique...)
- d Le mode de vie (condition de vie locale, vie en communauté...)
- e Autres (préciser) : .....

13) Les médecins généralistes ont-ils des spécificités, qu'habituellement, vous ne retrouvez pas chez les autres spécialistes :

- Oui  Non *(fin de la question, passez à la question 14)*
- Sont-elles essentielles pour le bon déroulement de la mission
  - Oui  Non
- Lesquelles :

*(Si plusieurs réponses, merci de les classer par ordre d'importance, la première étant la plus importante)*

- a Une prise en charge médicale plus globale
- b Une approche plus complète des patients intégrant mieux les facteurs socioculturels
- c Une meilleure intégration dans le fonctionnement de l'OSI
- d Une meilleure adaptation aux conditions locales
- e Une meilleure coordination entre les différents intervenants
- f Autres (préciser) : .....

14) Quelle est la valeur ajoutée d'un MG sur le terrain par rapport à un médecin local (national staff) ?

- a Une approche clinique plus rigoureuse
- b Une prise en charge thérapeutique de meilleure qualité
- c Meilleur encadrement de l'équipe soignante
- d Compte rendu plus précis pour le Desk
- e Autres (précisez) : .....
- f Pas de valeur ajoutée

15) Vous arrive-t-il de proposer en deuxième intention un poste, initialement destiné à un spécialiste, à un MG ?

- Oui
  - Non
- Pourquoi :
- a Manque de spécialistes disponibles
  - b Autres (préciser) : .....

**Le Recrutement des MG**

16) Lors du recrutement d'un MG :

- La formation universitaire classique de médecine générale suffit elle?

Non  Oui →  *passez au niveau perso*

→ Dans ce cas, quels sont les éléments nécessaires ?

*(Si plusieurs réponses, merci de les classer par ordre d'importance, la première étant la plus importante)*

- a Expérience humanitaire
- b Formation complémentaire en médecine tropicale
- c Formation complémentaire aux soins d'urgences
- d Formation spécifique à l'humanitaire (DU, bioforce, humacoop...)
- e Expérience professionnelle de travail en groupe
- f Expérience professionnelle de management
- g Expérience professionnelle d'enseignement
- h Autre(s) : .....

- Au niveau personnel quels sont les éléments nécessaires ?

*(Si plusieurs réponses, merci de les classer par ordre d'importance, la première étant la plus importante)*

- k Maîtrise d'une autre langue que le français
- l Maîtrise de l'anglais
- m Avoir vécu une expérience à l'étranger
- n S'être déjà investi dans la vie associative
- o Avoir participé à des actions de solidarité
- p Avoir un minimum de 6 mois de disponibilité
- q Autres (préciser) : .....
- r Aucun élément indispensable

17) Sur 100 dossiers de candidature de MG examinés, combien aboutiront à un départ en mission ?

- a < 10%     b Entre 10 et 25 %     c Entre 25 et 50 %     d Entre 50 et 75 %     e > 75 %

18) D'après votre expérience, y a-t-il un pays où la formation des médecins généralistes est plus adaptée à la médecine humanitaire ?

oui  Non

→ Lequel ? Savez vous pourquoi ?

19) Y a-t-il des mesures particulières mises en place pour la prise de fonction des MG lors de leur première mission?

- Oui
- Non → Question 20
- Dans ce cas, quelle(s) mesure(s) :
- a Affectation à un certain type de mission ; précisez alors s'il s'agit de
    - 1 Mission de soins primaires
    - 2 Mission avec nombreux expatriés pour supervision si besoin
    - 3 Mission dans zone stable (Peu de risque au niveau sécurité)
    - 4 Mission ancienne avec organisation déjà bien rodée
    - 5 Autre type de mission : ....
  - b Accès aux Formations pré départ et briefing, précisez alors quel est leur but principal :
    - 1 Compléter les connaissances médicales
    - 2 Expliquer les tâches « extra médicales »
    - 3 Expliquer l'organisation interne, les valeurs de l'OSI
    - 4 Expliquer les objectifs de la mission ; les conditions locales
    - 5 Autre : .....
  - c Mise en place d'un compagnonnage ; précisez s'il se fait à partir :
    - 1 D'un senior au siège
    - 2 D'un sénior sur le terrain
  - d Mise à disposition d'outils pédagogiques, précisez si c'est :
    - 1 Parce que les pathologies sont complexes
    - 2 Parce que les moyens à disposition peuvent être inhabituels
    - 3 Autre : .....
  - e Mise à disposition de moyens de télécommunication afin de pouvoir bénéficier d'un avis spécialisé
  - f Autre(s) : .....

### Questions Complémentaires

20) Pour vous, la notion de " professionnalisation et de spécialisation" de la médecine humanitaire, devrait être :

(Si plusieurs réponses, merci de les classer par ordre d'importance, la première étant la plus importante)

- a Une amélioration du fonctionnement général du siège de l'OSI
  - b Une amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes
  - c Une amélioration de la coordination entre les divers intervenants (OSI, CR, OI)
  - d Un recrutement plus "pointu" notamment au niveau médical
- Avec :
- 1 Des médecins plus spécialisés au niveau médical
  - 2 Des médecins mieux formés sur tout ce qui est extra médical
  - e Autre(s) : .....

21) Quelle que soit votre réponse à la question 20, diriez vous que l'évolution actuelle de votre OSI rentre dans ce cadre ?

Oui

Non

22) Comment voudriez vous voir évoluer les compétences des médecins humanitaires dans l'avenir ? (1 seule réponse)

- a Création d'une nouvelle spécialité universitaire de médecine humanitaire
- b Engagement des médecins sur le long terme afin d'avoir du personnel expérimenté
- c Médecin « multi casquette » avec connaissance ou expérience en droit, santé publique, management...
- d Autre(s)....

23) Si vous le pouviez, qu'aimeriez vous modifier, à la formation actuelle des médecins généralistes pour qu'ils soient mieux préparés à la médecine humanitaire ?

HORS INTERVIEW :

Pourriez vous nous donner quelques chiffres :

	En 1990	En 2000	En 2010
Nombre total de missions			
Nombre total d'expatriés			
Nombre total de médecins locaux			
Nombre total de médecins généralistes expatriés			

<p style="text-align: center;"><b>ANNEXE 2 : COURRIER D'INTRODUCTION A DESTINATION DES O.S.I.</b></p>
---

Aubin VERGNES  
XXXXXX  
XXXXXX

A Grenoble, le 2011

Pour O.S.I.

Mesdames, Messieurs,

Je suis médecin remplaçant et en cours de réalisation d'une thèse abordant la médecine humanitaire. Je me permets de vous contacter car j'aimerais réaliser, pour ce travail, une interview de votre OSI (Organisation de Solidarité Internationale).

De nombreux généralistes et étudiants en médecine émettent le désir de se lancer au moins pour un temps dans l'humanitaire. Mais la formation des médecins généralistes devient très spécifique de l'exercice libéral tel qu'il est pratiqué en France. Par ailleurs, le milieu humanitaire se professionnalise de plus en plus et a besoin de s'entourer de personnes compétentes.

L'objectif de cette thèse est de définir quelle est la place des médecins généralistes dans les OSI humanitaires françaises en 2011. Pour cela, nous avons réalisé un questionnaire afin de voir si les compétences de ces professionnels répondent toujours à vos attentes.

Ce questionnaire sera composé de plusieurs parties. Dans la première, nous vous demanderons juste quelques informations pour pouvoir classer les réponses obtenues selon le profil de l'OSI. La deuxième partie aura pour but de définir quelles sont les compétences nécessaires pour exercer dans l'humanitaire afin de les comparer à celles des médecins généralistes. Nous verrons ensuite si ces derniers ont, pour vous, des caractéristiques importantes que vous ne retrouvez pas chez d'autres spécialistes. Dans la quatrième partie nous vous demanderons les points professionnels et personnels importants que vous recherchez lors des phases de recrutement. Dans la dernière partie, nous discuterons de votre vision quant à l'avenir de l'humanitaire et des répercussions possibles sur la place des médecins généralistes dans ce domaine.

Il permettra aux médecins généralistes désirant s'investir dans l'humanitaire de voir les caractéristiques nécessaires pour pouvoir être utiles dans ce milieu. De votre côté, il vous permettra une mise au point sur les points forts et les points faibles des jeunes médecins généralistes par rapport à vos besoins.

Je reste bien entendu à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Aubin VERGNES

## ANNEXE 3 : PRESENTATION DES O.S.I.

**Cette annexe se base sur des extraits des sites officiels des O.S.I. Ces présentations ne sont pas exhaustives et invitent toutes les personnes intéressées à se renseigner de manière plus approfondie directement auprès des O.S.I.**

Elles sont complétées des réponses obtenues à la partie introduction du questionnaire (nbr missions, orientation urgence/développement et budget).

### **O.S.I. DE TAILLE MODESTE :**

#### **LES MEDECINS DE CHINGUETTI-PAKBENG :**

Créée en 1999, cette organisation met en œuvre des moyens pour :

- Développer les structures médicales de soins et de prévention
- Aider tout type d'action dans le domaine de la santé des populations en respectant les cultures et les coutumes du pays
- Participer avec l'aide des populations locales à l'amélioration des conditions sanitaires.

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de missions en cours : 0
- Orientation : 100% développement
- Budget 2011 : 60 000 euros



*Chez Claudine CHICAN*

*9 Av Charles Binder*

*95290 L'ISLE ADAM*

*chinguettipakbeng@yahoo.fr*

*Tel.: 02 40 83 96 95 – Fax : 02 40 83 93 32*

*<http://medecinsdechinguetti.org/>*

## **AIDE MEDICALE ET DEVELOPPEMENT (A.M.D.) :**

Créée en 1986, A.M.D. agit dans le domaine de la santé auprès des populations vulnérables avec des programmes notamment en Asie, au Moyen Orient et en Afrique.

Elle collabore avec les représentants locaux pour :

- L'identification des besoins
- Le choix des réponses
- La mise en place, le suivi et l'évaluation des actions

Ses principes sont :

- Le respect des identités culturelles
- Le souci de la qualité des interventions et des résultats
- Le transfert de compétences et la pérennisation des interventions après leur départ

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de programmes en cours : 8
- Orientation : 100% développement
- Budget 2011 : 600 000 euros



*14 rue Colbert  
38000 GRENOBLE  
amd@amd-france.org  
Tel.: 04 76 86 08 53  
<http://www.amd-blog.org/>*



## **SANTE SUD :**

Créée en 1984, cette association marseillaise œuvre à l'amélioration de la santé des plus vulnérables en renforçant les compétences locales. Elle intervient en Asie, autour du bassin méditerranéen et en Afrique.

En étroite collaboration avec les autorités locales :

- Elle aide, par des mesures de compagnonnage, à l'installation de jeunes médecins pour mieux répondre aux besoins des populations rurales
- Elle accompagne les services de santé
- Elle conseille des associations locales d'orphelins, de mères isolées....

Ses principes sont notamment :

- Le respect des politiques locales des cultures et des personnes
- Ne jamais se substituer aux professionnels locaux
- Utilisation en priorité des produits et des technologies du pays

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de missions en cours : 100 sur l'année
- Orientation : 100% développement
- Budget 2011 : 2 millions d'euros



**SANTÉ SUD**

*200 Bd National*

*Le Gyptis Bt N*

*13003 MARSEILLE*

*contact@santesud.org*

*Tel : 04 91 95 63 45 - Fax: 04 91 95 68 05*

*<http://www.santesud.org/index.html>*

**O.S.I. DE MOYENNE TAILLE :**

**CROIX-ROUGE FRANCAISE (C.R.F.) :**

Créée en 1964, elle mène des actions pour venir en aide aux personnes en difficulté, en France mais aussi à l'étranger.

Elle intervient dans les situations d'urgences avec des équipes mobilisables partout dans le monde en moins de 48 heures mais elle participe également à une action humanitaire durable.

Présente sur tous les continents, elle développe des programmes spécifiques afin notamment d'améliorer :

- L'accès à l'eau
- La sécurité alimentaire
- La santé des personnes vulnérables

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de programmes en cours : 24
- Orientation : majorité de développement
- Budget 2011 : 12 millions d'euros



*98 rue Didot*

*75694 PARIS Cedex 14*

*Tel.: 01 44 43 11 00 – Fax : 01 44 43 11 01*

*<http://www.croix-rouge.fr/>*

**PREMIERE URGENCE-AIDE MEDICALE INTERNATIONALE (PU-AMI) :**

Créée en 2011, suite à l'association de P.U. et d'A.M.I. qui unissent leur force pour mieux répondre à l'ensemble des besoins fondamentaux des populations victimes de crises humanitaires.

Cette O.N.G. intervient aujourd'hui dans 16 pays pour mettre en place des programmes dans les domaines de la santé, la sécurité alimentaire, la nutrition, l'eau et l'assainissement, la gestion de camps, la reconstruction et la relance économique

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de projets en cours : 150 sur l'année
- Orientation : 70% de développement
- Budget 2011 : 33 millions d'euros



*9 bis rue Georges*

*92250 LA GARENNE-COLOMBES*

*Tel.: 01 55 66 99 66 – Fax: 01 55 66 99 60*

*<http://www.pu-ami.org/>*

## **COMITE D'AIDE MEDICALE (C.A.M.) :**

Créée en 1990, cette association donne priorité aux interventions dans le domaine de la santé et à la transmission des projets aux populations locales pour en garantir la pérennité.

Elle intervient aussi bien dans les missions d'urgences que dans les programmes de prévention, de réhabilitation, de coopération et de développement.

Elle choisit la neutralité et l'indépendance sur ses zones d'intervention.

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de missions en cours : 4
- Orientation : majorité de post urgences
- Budget 2011 : 40 millions d'euros



*41 rue Emile Zola  
93100 MONTREUIL-SOUS-BOIS  
accueil@cam-fr.org  
Tel.: 01 41 68 15 16  
<http://www.cam-fr.org/>*

## **MEDECINS DU MONDE (M.D.M.) :**

Créée en 1980, M.D.M. soigne les populations les plus vulnérables, les victimes de conflits armés, de catastrophes naturelles, ceux et celles que le monde oublie peu à peu. Cette ONG conduit ses actions partout dans le monde dans plus de 60 pays mais aussi en France.

Ses principes d'action sont :

- Avant, pendant et après l'urgence
- Appui aux systèmes de santé nationaux pour un changement durable
- Renforcement des ressources humaines de santé
- Décentralisation de l'offre de santé au plus proche des communautés
- Construction de partenariats et renforcement des capacités d'O.N.G. locales
- Respect et prise en compte de la culture de l'autre

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de projets en cours : 75
- Orientation : 2/3 développement
- Budget 2011 : 70 millions d'euros



*62 rue Marcadet*

*75018 PARIS*

*Tel.: 01 44 92 15 15 – fax: 01 44 92 99 99*

*<http://www.medecinsdumonde.org/>*

## **ACTED :**

Créée en 1993, la vocation d'ACTED est de soutenir les populations vulnérables de par le monde.

Elle apporte une réponse adaptée à des besoins précis par une approche multidisciplinaire et adaptée à chaque contexte. Elle agit dans le domaine de l'aide d'urgence, de la sécurité alimentaire, de la promotion de la santé, de l'éducation....

Elle assure le lien entre urgence, réhabilitation et développement (les interventions d'urgence sont prolongées sur le long terme pour une action utile et durable).

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de programmes en cours : 250
- Orientation : moitié urgence / moitié développement
- Budget 2011 : 85 millions d'euros



*33 rue Godot de Mauroy*

*75009 PARIS*

*paris@acted.org*

*Tel.: 01 42 65 33 33*

*<http://www.acted.org/fr>*

**O.S.I. DE GRANDE TAILLE :**

**MEDECINS SANS FRONTIERES SUISSE (M.S.F. CH.)**

Créée en 1981, cette organisation a pour objectif de contribuer à la sauvegarde de la vie et à l'allègement de la souffrance dans le respect de la dignité.

Elle apporte des soins aux personnes en situation précaire, tout en s'efforçant de les rendre à nouveau maîtresses de leur avenir.

M.S.F.CH. a une action essentiellement médicale avec le témoignage comme complément indissociable.

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de missions en cours : 21
- Orientation : grosse majorité d'urgence et de post urgence
- Budget 2011 : 100 millions d'euros



*78 rue de Lausanne*

*CP 116*

*1211 GENEVE 21*

*SUISSE*

*Office-gva@geneva.msf.org*

*Tel.: +41 (0)22 849 84 84 –Fax: +41 (0)22 849 84 88*

*<http://www.msf.ch/home/>*

## **ACTION CONTRE LA FAIM (A.C.F.) :**

Créée en 1979, A.C.F. a pour objectif de combattre la famine sous tous les fronts.

Sa mission consiste à sauver des vies par la prévention, la détection et le traitement de la malnutrition, en particulier pendant et suite à des situations d'urgence et de conflits.

Ses principes sont :

- Indépendance
- Neutralité
- Non discrimination
- Accès libre et direct aux victimes
- Professionnalisme
- Transparence

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de missions en cours : 100
- Orientation : majorité développement
- Budget 2011 : 110 millions d'euros



*4 rue Niepce*

*75662 PARIS cedex 14*

*info@actioncontrelafaim.org*

*Tel.: 01 43 35 88 88 – Fax: 01 43 35 88 00*

*<http://www.actioncontrelafaim.org/>*



**MEDECINS SANS FRONTIERES (M.S.F.) :**

Créée en 1971, M.S.F. apporte une assistance médicale à des populations dont la santé ou la vie est menacée.

Indépendante de tous pouvoirs politiques, militaires ou religieux, M.S.F. agit en toute impartialité dans toutes les situations le nécessitant et après évaluation des besoins médicaux des populations.

Elle s'appuie sur un réseau international qui peut en urgences mobiliser des ressources humaines qualifiées et des moyens financiers importants.

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de missions en cours : 30
- Orientation : 40% urgence et 60% programmes verticaux
- Budget 2011 : 184 millions d'euros



*8, rue Saint Sabin*

*75011 PARIS*

*Tel.: 01 40 21 29 29*

*<http://www.msf.fr/>*

## COMITE INTERNATIONAL DE LA CROIX -ROUGE (C.I.C.R.) :

Créé en 1863, le C.I.C.R oeuvre dans le monde entier pour fournir une assistance humanitaire aux personnes frappées par un conflit ou une situation de violence armée et faire connaître les règles qui protègent les victimes de la guerre.

Il est investit d'un mandat international permanent pour mener à bien son action. Ce mandat, découle des Conventions de Genève de 1949, que tous les Etats du monde ont acceptées, et des Statuts du Mouvement.

Cependant, le CICR reste une institution privée régie par le droit suisse qui est totalement indépendante dans sa gouvernance et ses décisions opérationnelles. Dans son travail, il respecte les principes fondamentaux du Mouvement, notamment la neutralité, l'impartialité et l'indépendance.

D'après les réponses obtenues :

- Nombre de missions en cours : ?
- Orientation : ?
- Budget 2011 : 1 milliard d'euros



# CICR

*10 B passage d'enfer*

*75014 PARIS*

*Tel.: 01 56 54 11 11- Fax : 01 40 47 61 11*

*<http://www.icrc.org/fre/index.jsp>*

## **ANNEXE 4 : ADAPTATION DE LA DEFINITION DE LA WONCA EUROPE A LA MEDECINE HUMANITAIRE PAR C. JACQUOT**

Cette annexe est un extrait de la thèse de Jacquot C, où elle modifie chaque critère de la définition de médecine générale de la W.O.N.C.A. afin de réaliser une définition correspondante pour la médecine humanitaire[15]. Elle se base pour cela sur une revue de la littérature.

### **"Tentative de définition de la médecine humanitaire par une adaptation des caractéristiques de la médecine générale définies par la WONCA EUROPE.**

*(...) les phrases entre guillemets sont celles qui ont pu être extraites directement du texte de la WONCA.*

a/ « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins », cela est vrai, dès lors que les structures locales de soins sont insuffisantes ou absentes ; prenant en compte idéalement tous les problèmes de santé, mais le plus souvent certains problèmes de santé sont prioritaires et font l'objet de tous les efforts d'une mission ; « indépendamment des caractéristiques de la personne concernée », avec l'impartialité essentielle dans l'approche humanitaire, ce qui exclut des démarches visant à défendre un groupe de personnes, qui seraient distinguées selon leur appartenance religieuse, ethnique, ou politique.

b/ Les ressources du système de santé étant dépassées, elle utilise au mieux les ressources mises à disposition pour la réalisation des missions, ce qui nécessite souvent de savoir travailler avec peu de moyens, visant à long terme à faire en sorte que le système général prenne ses responsabilités en adaptant l'offre aux besoins ; en tout cas, toujours en coordonnant les soins avec les structures de soins locales, l'administration locale et le gouvernement national, les autres ONG, éventuellement les militaires présents sur le terrain ; en gérant le recours aux autres spécialités quand celles-ci sont accessibles, sinon nécessitant de prioriser les actions de soins en fonction de l'urgence ; « se plaçant si nécessaire en défenseur du patient », en allant même plus loin, avec le souci de défendre toujours la cause des victimes.

c/ « Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires ». « Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins » ; cela est primordial et presque plus évident en situation humanitaire où le médecin rencontre des patients dont la culture lui est étrangère. Une démarche active de la part du soignant est nécessaire pour se détacher de ses éventuelles croyances erronées, notamment sur ce qu'est la « communauté » qui peut prendre des formes d'organisation tout à fait éloignées du modèle occidental.

d-e / Elle utilise un mode de consultation assez peu spécifique, car elle regroupe un ensemble de situations très hétérogènes, par leur durée, leurs objectifs, les acteurs impliqués...qui ne permettent pas généralement de construire une relation médecin-patient dans la durée ni assurer des soins continus et longitudinaux, au sens où l'urgence est souvent la règle d'une part, et d'autre part, les missions humanitaires n'ont pas pour objectif de durer, car elles aspirent à un relais organisé par les structures locales, avec l'intention de ne pas se substituer aux pouvoirs publics.

Elle est « basée sur une communication appropriée » avec toutes les limites posées par les différences de langage, de culture, le manque de temps et la pénurie de moyens, la gratuité de l'acte le plus souvent...ces limites étant prévisibles, elles doivent obliger à une réflexion anticipée visant à ne pas compenser les difficultés de communication par une technicisation des relations et des corps.

f/ « Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. » Cela est vrai, en notant que la prévalence et l'incidence des maladies n'est pas la même sur ces terrains du « Tiers Monde » qu'en Europe.

g/ « Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient » dans une certaine mesure, en précisant que cela peut nécessiter de prioriser les problèmes selon le temps et les moyens disponibles. Certaines pathologies chroniques (le sida-VIH par exemple) peuvent faire l'objet de missions spécifiques, inscrites dans la durée.

h/ Souvent elle n'a pas les moyens d'intervenir à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, et elle est plutôt caractérisée par un manque de stratégies préventives. Sont privilégiées les situations de crise sanitaire. Les patients sont souvent vus à un stade avancé et urgent des pathologies, ce qui entraîne des modes de présentation autres et une grande variante dans l'incidence des maladies, comparés à l'Europe.

i/ «Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. »

j/ « Elle a la responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». C'est vrai, d'autant plus pour la médecine humanitaire, qui doit souvent privilégier la communauté par rapport à l'individu, ce qui ne manquera pas d'imposer parfois des réflexions aux frontières de l'éthique.

k/ « Elle répond aux problèmes de santé dans leur dimensions psychique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle », et ajouterons-nous volontiers, politique, historique, citoyenne, et juridique. « Les interventions qui ne s'attaquent pas à la racine du problème causent beaucoup d'insatisfaction au patient », et même ne résolvent rien à long terme...quand elles ne sont pas finalement néfastes.

*On se permettrait de compléter cette définition extrapolée, par deux recommandations supplémentaires qui apparaissent pertinentes tenant compte du passé de l'humanitaire :*

l/ Elle s'engage à stopper les actions de soins si les conditions d'exercice ne permettent plus une attitude éthique, ou si l'on constate que les objectifs de missions ne sont pas réalisables.

/ Elle s'engage à témoigner des formes d'oppression constatées qui portent atteinte à la dignité de l'homme."

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Aïach P, Fassin D. Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris : Anthropos, 1994.
- 2- Blasco P, Gagnayre R. Opinion de volontaires sur leur première mission d'aide humanitaire. Santé publique 2002/3, n°14, p.289-299.
- 3- Bradol JH, Vidal C. Innovations médicales en situation humanitaires. Le travail de médecins sans frontières. Paris : L'harmattan, 2009.
- 4- Callebat L. Histoire de la médecine. Paris : Flammarion, 1999.
- 5- Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soin primaire ambulatoire supervisé.
- 6- Dauvin P, Simeant J. Le travail humanitaire. Les acteurs des ONG, du siège au terrain. Paris : Les presses de sciences po, 2002: p.113.
- 7- Ibid., p.115-6.
- 8- Ibid., p.167.
- 9- Ibid., p.106-7.
- 10- Deschamps G. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales. Grenoble : thèse d'exercice, 2009.
- 11- Gourevitch P. Histoire de la médecine : leçons méthodologiques. Paris : Ellipses, 1995.
- 12- Jacquot C. La médecine humanitaire : histoire et enjeux, pratique et leçons. Relation entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université de Nancy, 2010.
- 13- La définition européenne de la médecine générale médecine de famille par la W.O.N.C.A. Europe, 2002.  
<http://www.woncaeurope.org/>
- 14- Lebas J, Veber F, Brücker G. Médecine humanitaire. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1994: p.24.
- 15- Ibid., p.68.
- 16- Ibid., p.16.
- 17- Ibid., p.103.
- 18- Ibid., p.114.
- 19- Ibid., p.249-309.

- 20- Ibid., p.115.
- 21- Le Coconnier ML, Pommier B. L'action humanitaire. Paris : Presses Universitaire de France, 2009: p.57-60.
- 22- Ibid., p.52.
- 23- Menguy-Fleuriot A. Quelles professions peut on exercer avec un diplôme de médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Creteil : Université Paris Val-de-Marne, 2006.
- 24- Micheletti P. Humanitaire s'adapter ou renoncer. Hachette Livre (Marabout), 2008.
- 25- Ibid., p.39.
- 26- Ibid., p.37.
- 27- Ibid., p.31-3.
- 28- Ibid., p.101-2.
- 29- Ibid., p.151-64.
- 30- Ibid., p.212.
- 31- Ibid., p.218.
- 32- Ibid., p.225.
- 33- Ibid., p.237-8.
- 34- Ibid., p.210-21.
- 35- Observatoire de l'action humanitaire. L'aide humanitaire et la guerre.  
[http://www.observatoire-humanitaire.org/objectifs/problème\\_2.htm](http://www.observatoire-humanitaire.org/objectifs/problème_2.htm)
- 36- Perrin P. Guerre et santé publique. Manuel pour l'aide aux prises de décisions. Genève : Comité International de la Croix Rouge Publication, 1995: p.378.
- 37- Ibid., p.318.
- 38- Ibid., p.439.
- 39- Ryfman P. Une histoire de l'humanitaire. Paris : Editions La Découverte, 2008: p.7-8.
- 40- Ibid., p.14.
- 41- Ibid., p.19-25.
- 42- Ibid., p.29-31.
- 43- Ibid., p.39-40.
- 44- Ibid., p.38.

45- Ibid., p.48-52.

46- Vanbelles C. L'engagement humanitaire du corps médical : besoins et offres de formations spécifiques. Thèse de doctorat en médecine. Poitiers : Université de Poitiers, 2007.

47- Wikipedia

<http://fr.wikipedia.org/>

48- Zimmermann S. Adéquation entre l'action humanitaire et la médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Amiens : Université d'Amiens, 2006.

## LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITE-PRATICIENS HOSPITALIERS

PUPH 01/09/2010

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE
BAGUET	Jean-Philippe	SANTE PUBLIQUE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE



FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTÉ PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE-
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE

POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.
RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIQUE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

BLIN	Dominique	
BOLLA	Michel	
GARNIER	Philippe	
MOREL	Françoise	
SEIGNEURIN	Jean-Marie	

NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE		ADRESSE 1	ADRESSE 2
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884	BP 53 38041 GRENOBLE CEDEX 9
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie	CHU
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU	Pôle Urgence SAMU	CHU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	IAB	Génétique	IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE	GIN Equipe 9	Bâtiment E. SAFRA
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Clinique de Neurologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	CHU	Immunologie	Bâtiment J.ROGET
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
FAURE	Julien			Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU



GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations	CHU
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	CHU	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique	CHU
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie - 6ème étage	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie	CHU

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E	CHU
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		CHU	Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice	CHU
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	CHU	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU	Centre d'innovation biologique	CHU
PAYSANT	François			Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU

RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	La Tronche
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique	CHU

HIPPOCRATES. 9.



## SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui diasmemorem laudes, repetamque fideles  
Ingenij dotes, Hippocratisque decus.  
Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,  
Certius an quis te tradidit artis opes?

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*



THESE SOUTENUE PAR : **VERGNES Aubin**

**TITRE : LA PLACE DU MEDECIN SPECIALISE EN MEDECINE GENERALE  
DANS LES ORGANISATIONS DE SOLIDARITE INTERNATIONALE (O.S.I.)  
MEDICALES FRANCAISES EN 2011.**

CONCLUSION :

**Introduction** : Jusqu'à ce jour la médecine générale a participé à l'histoire de la médecine humanitaire. Cependant le contexte a changé. La médecine générale est devenue une spécialité. Pour pouvoir faire face à des situations de plus en plus complexes, la médecine humanitaire a décidé de se professionnaliser. Le but de cette étude est d'analyser la répercussion de ces changements sur la place des médecins spécialisés en médecine générale au sein des O.S.I. en 2011.

**Matériel et méthodes** : C'est une étude mixte, à la fois qualitative et quantitative. Elle repose sur des entretiens structurés, guidés par un questionnaire et réalisés auprès des cadres des principales Organisations Non Gouvernementales médicales françaises ainsi que des Croix-Rouge.

**Résultats** : 12 des 13 O.S.I. sélectionnées pour répondre à ces entretiens assez spécialisés ont accepté de participer à cette étude. Pour 67% des O.S.I. les médecins spécialisés en médecine générale ont une place importante pour leur fonctionnement. 75% estiment qu'ils apportent des spécificités qu'elles ne retrouvent pas chez les autres spécialistes. Concernant les fonctions du médecin humanitaire, 75% placent l'enseignement comme activité principale dans les missions de développement et 83% citent une maladie infectieuse complexe parmi les pathologies prises en charge fréquemment. Quand les O.S.I. comparent les caractéristiques du médecin humanitaire à celles de la définition de la W.O.N.C.A. (Société Européenne de médecine générale) peu de différences ressortent.

**Discussion** : La médecine générale et la médecine humanitaire sont deux disciplines distinctes. La pluralité des fonctions à assumer, avec notamment un rôle primordial de formateur, les pathologies relevant parfois du domaine de l'infectiologue, l'importance de la santé publique sont des différences que les médecins spécialisés en médecine générale désirent partir mais aussi les O.S.I. devront prendre en compte. Cependant, en dehors de cas particuliers, le profil type du médecin humanitaire est celui d'un médecin polyvalent. Ces principales qualités sont l'adaptabilité et l'ouverture d'esprit avec notamment la prise en compte des différences socioculturelles. Ces éléments sont également les atouts qui font la spécificité du médecin spécialisé en médecine générale. Il a donc toujours sa place au sein des O.S.I. médicales françaises. Même pour l'avenir, ces O.S.I. ne souhaitent pas de grand changement concernant le personnel médical, elles aimeraient juste fidéliser ces médecins pour travailler avec du personnel expérimenté.

**Mots Clés** : Médecine générale ; Médecine humanitaire ; Organisation solidarité Internationale ; Spécialisation ; Action Humanitaire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 17.10.2011

LE DOYEN

Professeur Jean-Paul Romanet

LE PRESIDENT DE THESE

O.CHABRE



A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes.