



HAL
open science

Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales

Guillaume Deschamps

► **To cite this version:**

Guillaume Deschamps. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-00828317

HAL Id: dumas-00828317

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00828317>

Submitted on 30 May 2013

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Ex 1

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2009

N° 5064

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

**INTÉRÊT PÉDAGOGIQUE D'UN STAGE CLINIQUE
EN MISSION HUMANITAIRE
AU COURS DES ÉTUDES MÉDICALES**

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le 7 octobre 2009

Par Monsieur **Guillaume DESCHAMPS**
Né le 10 janvier 1980 à Chambéry (73)

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : **M. PISON Christophe**, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

Membres du jury : **Mme ARVIEUX Catherine**, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

M. DANEL Vincent, Professeur, Faculté de pharmacie de Grenoble

M. ESTURILLO Gérard, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

M. MICHELETTI Pierre, Docteur, Président de Médecin Du Monde

Directeur de thèse : **M. BLANCHER Marc**, Docteur, Faculté de médecine de Grenoble

*la Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.



UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2009

N°

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

**INTÉRÊT PÉDAGOGIQUE D'UN STAGE CLINIQUE
EN MISSION HUMANITAIRE
AU COURS DES ÉTUDES MÉDICALES**

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le 7 octobre 2009

Par **Monsieur Guillaume DESCHAMPS**
Né le 10 janvier 1980 à Chambéry (73)

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : **M. PISON Christophe**, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

Membres du jury : **Mme ARVIEUX Catherine**, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

M. DANEL Vincent, Professeur, Faculté de pharmacie de Grenoble

M. ESTURILLO Gérard, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

M. MICHELETTI Pierre, Docteur, Président de Médecin Du Monde

Directeur de thèse : **M. BLANCHER Marc**, Docteur, Faculté de médecine de Grenoble

*la Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.



Remerciements :

Au Directeur de thèse :

M. le Professeur Christophe Pison,

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre jury :

Madame le Professeur Catherine Arvieux,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Vincent Danel,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse pour juger de ce travail. Soyez assuré de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gérard Esturillo,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être membre du jury et de juger ce travail. Pour votre implication dans la progression de l'enseignement de la Médecine Générale à la faculté de Grenoble, nous souhaitons vous assurer de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Pierre Micheletti,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Mais c'est pour votre disponibilité, votre vision éclairée et votre humanisme inspirant que je tiens à vous témoigner mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Marc Blancher,

Amis et soutien du début à la fin, merci Marco d'avoir cru en moi et d'avoir accepté de me guider sur ce chemin hasardeux. Des sciences humaines au Congo Brazzaville, on en aura fait des détours utiles !

Aux piliers de ce travail:

Monsieur le Professeur Jean François Mattei,

C'est un grand honneur pour nous d'avoir pu vous rencontrer et d'avoir échangé sur ce sujet qui vous tient à cœur. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de ce que vous avez initié depuis quelques années.

Monsieur le Docteur Thierry Craviari,

Tu as inspiré ce travail. Ton énergie et tes « idées simples qui marchent » resteront pour moi des modèles valant plus que de longs discours. Merci.

Monsieur le Docteur Jean Michel Bouvard,

Merci de m'avoir ouvert les portes de ton action médicale pour un développement... humain...tu m'as donné la chance de réaliser ce que j'ai toujours voulu faire.

Monsieur Stéphane La Branche, chercheur enseignant associé à l'EPE de Grenoble,

Merci pour tes judicieux conseils, et pour ce moment autour d'un café où médecine et sciences sociales se sont mêlées.

Madame le Docteur Danielle Heinrich (MSF) , Mademoiselle Nelly Rolin (CRF) et Monsieur Thomas Durieux (MDM)

Merci tout simplement d'avoir rendu ce travail possible. Merci pour votre confiance et votre soutien.

A ma famille :

Où, Jacques, Céline et Manon Deschamps,

Tous les cinq, unis comme les cinq doigts d'une main, dans notre famille j'ai lu les lignes de l'amour et de la confiance. Pour ce qui n'est pas héréditaire (l'orthographe par exemple...) je compte sur vous !

Joseph et Huguette Guedel, mes grands-parents

Votre vie m'a fait rêver. Autant d'histoires et d'expériences qui m'ont donné envie de vivre mes rêves...

Paul et Paulette Deschamps, mes grands-parents

Trop vite partis, de vous je garde la simplicité et la générosité... l'essentiel.

Maryvonne,

Pour ton aide précieuse, pour ta relecture attentive, pour toutes ces précieuses attentions, mais surtout pour avoir dit oui à l'idée de vivre ensemble, tout simplement, je t'aime.

A mes amis, à mes amis, à mes amis...

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	4
2	BIBLIOGRAPHIE	8
2.1	DÉMOGRAPHIE MÉDICALE	8
2.2	SANTÉ ET PRÉCARITÉ EN FRANCE	8
2.3	ATTITUDES DES MÉDECINS FRANÇAIS FACE À LA PRÉCARITÉ	11
2.4	CAPACITÉS DU MEDECIN	13
2.5	FORMATION DU MÉDECIN	17
2.5.1	L'enseignement	17
2.5.2	L'apprentissage	18
2.5.3	L'évaluation	20
2.6	ENJEUX À VENIR	24
2.7	EXEMPLES DES PROGRAMMES INTERNATIONNAUX	25
2.7.1	Impact sur l'étudiant en médecine	26
2.7.2	Impact sur la société	28
2.7.3	Conditions de réussite	28
2.7.4	Arguments opposables	30
2.8	L'EXEMPLE HUMANITAIRE FRANÇAIS	32
3	MATÉRIEL ET MÉTHODE	36
3.1	INTERVIEWS :	36
3.2	BIBLIOGRAPHIE :	36
3.3	ENQUETE :	37
3.3.1	Objectifs :	37
3.3.2	Population ciblée	38
3.3.3	Durée de l'enquête	39
3.3.4	Méthode	39
3.3.5	Collection des données	42
3.3.6	Analyse statistique	42
4	RESULTATS	44
4.1	Description de l'échantillon	44
4.1.1	Genre :	44
4.1.2	Age :	44
4.1.3	Formation :	45
4.1.4	Formation complémentaire :	45
4.1.5	Fonctions :	46

4.1.6	Evolution de carrière :	48
4.1.7	Description de la mission :	50
4.2	Bilan d'apprentissage :	55
4.2.1	Disciplines médicales :	55
4.2.2	Discipline de santé primaire :	65
4.2.3	Discipline de Santé publique :	67
4.2.4	Développement d'attitudes :	69
4.2.5	Notion d'insécurité :	71
4.2.6	Opinion sur la validation d'expérience :	72
5	ANALYSE:	74
5.1	Généralités sur la population étudiée :	74
5.1.1	Profil des médecins interrogés :	74
5.1.2	Evolution de carrière :	77
5.1.3	Cadre humanitaire	79
5.1.4	Temps de travail humanitaire	80
5.2	Formation médicale humanitaire	81
5.2.1	Généralité sur l'encadrement pédagogique :	81
5.2.2	L'apprentissage technico-médical :	85
5.2.3	L'apprentissage de santé primaire :	85
5.2.4	L'apprentissage de santé publique	89
5.3	Utilités et autres domaines de compétences :	91
5.4	La sécurité :	95
5.5	Intérêt de l'expérience humanitaire dans le cadre de la formation médicale:	99
	CONCLUSION	102
	BIBLIOGRAPHIE	103
	ANNEXES	109

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

En première ligne du système de santé, le jeune médecin se trouve confronté à une précarité grandissante, souvent auprès de populations migrantes. De plus face à la désertification rurale et à la concentration des pôles de santé, il se retrouve isolé face à des situations de soins complexes où il doit apprécier l'aspect multidimensionnel. Comme le constate le Dr Pierre Micheletti¹⁻³, la réalité de sa pratique dépasse parfois les compétences acquises au cours de sa formation.

Selon la définition de la médecine générale reconnue par la Société Européenne de Médecine Générale – Médecine de Famille (WONCA Europe), le praticien se doit d'avoir une approche globale de l'individu et de ses liens avec la communauté. Elle rappelle, que face « à l'augmentation des voyages et de l'immigration (...) le médecin généraliste a besoin d'une plus grande compréhension des différences culturelles, éthiques et religieuses (...) et de leur impact sur la santé... »⁴

En France , le Collège National des Enseignants de Médecine Générale (CNGE) reconnaît qu'un stage clinique est le lieu par excellence de l'apprentissage, où l'organisation des connaissances prime sur leur empilement. Mais il permet aussi l'enseignement du professionnalisme : *c'est à dire du lien entre le médecin et la société et des responsabilités misent en jeu.*⁵

Ces simples constats laissent entrevoir une inadéquation entre le contenu du diplôme d'étude spécialisé en médecine générale et la réalité de notre système de soin. Précarité, inégalités sociales, approche multidimensionnelle du soin et santé publique ne sont que peu enseignées, et le jeune médecin ne s'y confronte réellement que lors de ses premiers pas, tardifs, en médecine libérale.

Parallèlement, on constate qu'à l'étranger, de nombreux systèmes d'éducation médicale proposent des expériences internationales à leurs étudiants afin de combler ce manque et d'améliorer leur aptitude aux soins primaires en particulier en termes d'équité de soin et de devoir moral⁶⁻⁸

En France, les organismes humanitaires de santé accueillent déjà nombre de jeunes médecins, parfois encore internes et assurent un encadrement professionnel et sécuritaire pour leur première expérience en milieu précaire. En effet, ces organismes reconnus d'utilité publique, ont acquis un savoir et un savoir-faire en termes de santé primaire qui les placent sûrement en expert de la santé en milieu précaire. Elles ont développé des outils et des méthodes inspirées de la réalité du terrain et sont les acteurs d'un réseau solidaire national et international.

Une telle expérience, qu'elle soit à l'étranger, ou sur le territoire français (Mission France de Médecins du Monde, Croix Rouge Française...) semble très enrichissante pour les jeunes médecins qui s'y engagent. Ils approfondissent leurs savoir médical dans certaines disciplines, confrontent leur savoir faire médical aux réalités de l'environnement précaire et modifient leurs attitudes et savoir être en fonction. Mais en plus de l'apprentissage sur place, il semble que le jeune médecin en retire une meilleure compréhension de son propre système de soin. Afin de s'adapter à un contexte différent, il va comparer ses propres repères à ceux en vigueur là où il se trouve. Cette prise de recul et cette démarche critique lui seront bénéfiques par la suite, en particulier dans une démarche évaluative. Elles lui apporteront une meilleur compréhension de sa place au sein su système de soin, et élargiront sa vision des choses.

Il semble donc que l'interne de médecine générale ait beaucoup à apprendre d'une expérience humanitaire : sur son savoir, son savoir-faire et son savoir être. L'action humanitaire détient en condensé les bases de la médecine générale. L'interne peut s'y confronter au cours d'une expérience pratique, et y parfaire sa formation en santé primaire. Bien sûr cette démarche ne conviendra pas à tous, et le présupposé reste l'engagement volontaire.

Nous nous sommes donc posé la question suivante : une mission humanitaire de 6 mois à l'étranger peut-elle être validant dans le cursus de troisième cycle médical ? Offre-t-elle des garanties pédagogiques suffisantes ? Qu'en est-il de l'encadrement et de la sécurité des internes ?

Dans une première partie, nous avons recherché dans la littérature des travaux autour de cette problématique de la médecine humanitaire, de l'approche de la précarité dans le cadre de l'enseignement médical. Puis nous avons mené une enquête d'évaluation des pratiques auprès de jeunes médecins français ayant eu une expérience humanitaire.

Au regard de ces éléments, nous défendons - dans une troisième partie - l'hypothèse selon laquelle, sous certaines conditions, il est licite de considérer qu'une mission humanitaire à l'étranger soit considérée comme suffisamment riche sur le plan pédagogique pour valider un semestre d'internat.

BIBLIOGRAPHIE

2 BIBLIOGRAPHIE

2.1 DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Le nombre de médecins généralistes libéraux stagne depuis 10ans^{9,10}. Selon le rapport 2006-2007 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, la population médicale se répartie en 2005, comme suit:

- 49% d'omnipraticiens (103020)
- 51% de spécialistes (107183)
- 58% dans le secteur privé dont 67% d'omnipraticiens (69703 sur les 123470 praticiens libéraux et mixte)
- 29,5% dans le secteur public dont 17% d'omnipraticiens (18209 sur les 62154 praticiens salariés hospitaliers)

Leur répartition très inégale sur le territoire français menace l'accès aux soins de premier recours de la population générale¹⁰.

En particulier dans les communes défavorisées, ils sont en sous effectifs voire absents. Or c'est dans ces mêmes communes que l'on enregistre un taux élevé de patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire¹ (CMUc). La clientèle du médecin reflète la composition de leur environnement. Certains parlent même de spécialisation « CMUc » de ces praticiens qui finalement attirent à eux les patients CMUc des communes riches avoisinantes. Lesquels patients se sentent plus en confiance et moins stigmatisés par les médecins travaillant dans le même milieu social¹¹.

2.2 SANTÉ ET PRÉCARITÉ EN FRANCE

¹ CMUc : protection maladie complémentaire de la couverture maladie obligatoire proposée aux personnes résidant en France non couvertes par d'autre régime obligatoire d'assurance maladie (CMU de base). Comparable à une mutuelle, elle est accordée sur des critères de ressources, et permet une prise en charge médicale avec dispense d'avance de frais.

Quelques chiffres :

En 2006, on enregistre 4,842 millions de bénéficiaires de la Couverture médicale universelle complémentaire.

En 2007, 13,2 % de la population française vit en dessous du seuil de pauvreté. Cela représente 7,9 millions de personnes vivant avec moins de 880 euros par mois.

Au delà des chiffres :

« les Invisibles » : ensemble de catégorie de personnes réduites au silence, dont personne ne semble se soucier,...témoignant d'une fragmentation inquiétante de la société française...dont les lignes de clivages sont bien plus nombreuses et complexes que « la fracture sociale »¹²

La précarité sera définie comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux »^{13,14}. L'une de ces sécurités étant le revenu, il est courant de rapprocher précarité et pauvreté dont le principal indicateur est le seuil de pauvreté absolue. Loin de faire l'unanimité, il se définit comme le revenu disponible annuel perçu au sein d'un ménage permettant d'assurer le minimum alimentaire indispensable au maintien de la vie. Cette approche, pour le moins réductrice de la notion de pauvreté, est issue des travaux de Rowntree sur l'étude de la pauvreté des habitants de la ville de York en 1901. Elle permet néanmoins de lier difficultés sociales et santé¹⁵.

L'un des droits fondamentaux affecté par la précarité est la santé. En effet, il est maintenant établi que des conditions sociales défavorables retentissent sur l'état de santé des individus, la précarité étant associée à un risque accru en terme de morbidité^{16,17}. De plus, l'ampleur des problèmes de santé et le stade avancé de la maladie témoignent de réelles difficultés d'accès aux soins^{17,18}.

En pratique, l'augmentation des personnes en grandes difficultés sociales a conduit dès les années 1980, à la création de centres de soins gratuits destinés aux personnes sans assurance maladie ou à faibles ressources¹⁶. Les médecins,

de retour en Europe après avoir été habitués à soigner la misère au cours de missions humanitaires, furent choqués de la retrouver dans leur propre pays et lancèrent les premières initiatives¹⁷. Par la suite les centres d'examens, agissant pour le compte de l'assurance maladie couvrant 85% de la population française, durent focaliser leurs activités sur les personnes en situation de précarité (Arrêté ministériel du 20 juillet 1992 relatifs aux examens périodiques de santé, Journal Officiel n°218 du 19 septembre 1992).

C'est par le témoignage des acteurs de ces centres de soins gratuits et la publication de rapports officiels¹³ que les autorités publiques prirent conscience que l'inégalité sociale de santé était grandissante. Alors fut mise en place une politique de lutte contre l'exclusion avec la création du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) (loi no 88-1088 du 1er décembre 1988)², puis contre les inégalités de santé (loi du 29 juillet 1998) par l'ouverture de Permanence d'accès au soins de santé (PASS)³ au sein des hôpitaux publics. Mais ce n'est que depuis le 1^{er} Janvier 2000 qu'ont été instaurés la Couverture Médicale Universelle (CMU)⁴ et l'Aide Médicale d'Etat (AME) (loi du 27 juillet 1999)⁵. Enfin la loi du 9 août 2004 du code de Santé Publique vise à « *réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires* »¹⁶⁻²⁰.

² RMI : Allocation versée par la caisse d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole, constituant un minimum social. A l'initiative de Jean-Michel Belorgey, le RMI vise à insérer les personnes les plus en difficulté dans le monde du travail. Il a été remplacé le 1^{er} juin 2009 par le RSA.

³ PASS : cellules de prise en charge médico-sociale facilitant l'accès des personnes démunies au système de santé ordinaire dont ils sont exclus. Ces structures de service public hospitalier garantissent l'accès aux soins, aux droits et à la prévention.

⁴ CMU : protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France, non couvertes par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie. En fonction des revenus, une cotisation peut être prélevée. Elle donne droit au remboursement des soins et médicaments comme pour les autres assurés sociaux.

⁵ AME : couverture de santé permettant la prise en charge des dépenses de soin sur la base des prestations de l'Assurance Maladie. Elle est réservée aux personnes étrangères sans titre de séjour, résidant depuis plus 3 mois en France, et est attribuée sur des critères de ressources. Comme la CMUc elle permet la dispense d'avance des frais.

Force est de constater que de récents rapports font toujours état d'une relation statistiquement significative entre précarité et défaut d'accès aux systèmes de santé de droit commun (dispositif ordinaire de soins ouvert aux ayant droit de l'Assurance Maladie)²⁰.

Les centres de soins gratuits ont, quant à eux, vu leur affluence augmenter et bénéficient actuellement d'une « popularité » auprès des personnes en situation de précarité du fait de deux caractéristiques¹⁶ :

- une action alliant prise en charge médicale et prise en charge sociale
- un accueil immédiat et sans condition.

Ils abordent ainsi de façon multidisciplinaire le soin pour l'élever au rang de solidarité en jouant le rôle de lien social d'intégration et de lien social de citoyenneté¹⁶.

2.3 ATTITUDES DES MÉDECINS FRANÇAIS FACE À LA PRÉCARITÉ

A la demande de ces mêmes centres de soins gratuits, des études épidémiologiques ont été menées afin de mieux connaître la population suivie dans ces centres et d'identifier leurs attentes. A noter que pour se faire, l'étude du parcours de vie est un instrument sociologique crucial permettant de repérer les moments clefs qui ont déstabilisés les individus et contribué à la perte de certaines sécurités, les conduisant à une situation précaire. Ces études permettent donc de mesurer une évolution¹². A ce titre rappelons la mise en place d'une cohorte d'enfant baptisée « Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance » (ELFE) sous l'égide de l'Ined, l'Inserm, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et du système de statistique publique²¹. Elle permettra entre autre, de mettre en relation l'étude des problèmes de santé déclarés et diagnostiqués et l'étude des inégalités sociales.

De toute évidence, la difficulté d'accès au soin des personnes en situation de précarité est multifactorielle, parfois au même titre que la population générale¹⁶. Mais l'une des raisons maintenant reconnue est le manque d'information et de

formation du personnel de santé¹⁷. Outre la logique purement économique, c'est cette lacune qui conduit certains praticiens à avoir une attitude passive voir même agressive à l'égard des patients précaires²².

Un exemple criant est le refus de recevoir les patients bénéficiant de la CMU complémentaire, exprimé par 14% de la population médicale interrogée sur 6 villes du Val de Marne (4,8% des médecins généralistes et 41% des médecins spécialistes refusent les CMUc). Cette enquête commandée par le Fonds CMU, fait état du refus de certains praticiens et tente d'en analyser les causes. Elle met aussi en évidence qu'au delà du refus de consultation, s'expriment d'autres attitudes discriminantes tels que la restriction du soin, des horaires spécifiques de consultation, voir une qualité d'accueil variable.

Les conclusions de ce rapport font état d'un réel malentendu des praticiens à l'égard des patients CMU, qui tient plus à une grande ignorance des problématiques légales et sociales liées à la précarité. Les médecins sont issus de couches sociales favorisées, et sont rarement confrontés à la précarité ce qui limite leurs capacités de dépistage et de compréhension des phénomènes sociaux attachés à la précarité¹⁷. Notons ici la mise en place d'un essai pilote intitulé « La relation médecin - patient peut-elle générer des inégalités sociales » visant à comparer les « points de vue » de la consultation du médecin et du malade. Les premiers résultats présentés au 16^{ième} EUPHA Meeting en 2007 laissent entrevoir des divergences en matière de prévention²³.

Un autre facteur dépasse les compétences habituelles du médecin et provoque le rejet du patient précaire. L'origine géographique et ethnique et les barrières linguistiques et culturelles qu'elles impliquent viennent souvent faire obstacle au soin¹⁹. En effet, en Europe le taux d'immigration de population originaire d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'est et d'Amérique latine ne cesse d'augmenter et l'on constate que c'est cette même population qui consulte en majorité dans les centres de soins gratuits^{16,24}. Preuve de l'importance d'un tel phénomène, un module a été consacré à la santé dans la future enquête « Trajectoires et Origines » mené par l'Institut National de la Statistique et des Etudes

Economiques (Insee) et l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) fin 2008, auprès des immigrés et des enfants d'immigrés²⁵.

Liant ainsi précarité et immigration, le soignant apparaît une nouvelle fois dans un rôle d'intégration sociale pour ces populations précaires. Après la réussite des centres de soins gratuits, certains auteurs recommandent de ré-attribuer la fonction sociale et préventive aux professionnels de proximité tels que les médecins généralistes afin d'améliorer le système de santé de droit commun¹⁸. Il est en effet établi que c'est par une meilleure efficacité des soins de première ligne qu'un pays peut avoir de meilleurs résultats de santé et des coûts plus faibles en services de santé^{26,27}.

2.4 CAPACITÉS DU MEDECIN

Au vu des constatations faites précédemment, nous devons nous interroger sur les capacités et habiletés des futurs praticiens qui auront à assumer ce rôle social.

La santé de première ligne dite de « soin primaire » étant l'apanage de la spécialité de médecine générale, nous nous intéresserons aux compétences définies par la Société Européenne de Médecine générale – médecine de famille connue sous le nom de World family doctors Caring for people Europe (WONCA Europe). Elle assure le leadership scientifique et académique et représente la discipline de médecine générale – médecine de famille pour le continent. Elle est la branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA). Les nouvelles définitions et descriptions des compétences principales ont été publiées en 2002 pour informer et contribuer au débat sur le rôle essentiel de la médecine générale – médecine de famille à l'intérieur du système de santé, tant national que pan – européen.

Il existe onze caractéristiques centrales pour définir la discipline. Celles-ci se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin généraliste - médecin de famille devrait maîtriser. Elles peuvent être regroupées en six compétences dites « fondamentales ». Il convient de noter ici le caractère

international ou indépendant du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées. Dans la même logique, il est intéressant de noter dans la discussion, que l'accent est mis sur la « *nécessité d'une meilleure compréhension des différences culturelles, ethniques et religieuses, de leur impact sur les maladies et la santé ainsi que leur implication au niveau du traitement* ». Ainsi nous relevons le caractère « international » de la médecine générale et l'importance d'intégrer des modules interculturels, en particulier de communication dans la formation pré et post graduée des médecins comme cela a déjà été démontré dans certaines universités anglosaxonnes²⁸⁻³⁰.

Les six compétences fondamentales du médecin généraliste spécialisé sont les suivantes :

- La gestion des soins de santé primaire
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

Ces compétences doivent lui permettre d'accueillir et de guider dans le système de soin, tout patient se présentant à lui. Centré sur le patient, il doit être capable de le prendre en charge dans sa globalité, dans l'urgence comme dans le chronique, tout en tenant compte de ses dimensions socio-culturelles et existentielles. On lui reconnaît une grande capacité d'adaptabilité, et il lui est demandé d'assurer le lien entre l'individu et la communauté qui l'entoure. Il fait partie intégrante d'un système de santé qui possède ses propres limites.

On retrouve donc une fois de plus la notion d'interculturalité, la notion de lien entre l'individu et la communauté, renvoyant au rôle de solidarité défini précédemment. Il lui est par ailleurs demandé de conjuguer qualité de soin et gestion des ressources³¹.

La gestion des ressources, mais aussi la démarche épidémiologique sur lesquelles il doit asseoir son raisonnement clinique, la participation au système

de veille sanitaire ou aux campagnes de vaccination, sensibilisation et prévention, sont autant de tâches demandant des compétences de santé publique auxquelles il doit être préparé.

Les capacités interculturelles, sociales et de santé publique viennent donc s'ajouter aux capacités purement médicales.

Il convient ici de préciser les disciplines médicales pour lesquelles le médecin généraliste – médecin de famille est sollicité dans sa pratique quotidienne. Loin de dresser une liste exhaustive des pathologies rencontrées en médecine générale, nous nous intéresserons à celles rencontrées dans la pratique du soin auprès des populations précaires.

Nous nous baserons pour cela sur le rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde²⁴.

Elle englobe 112 programmes dans 29 villes, dont 90 actions mobiles de proximité et 22 centres d'accueil, de soin et d'orientation (Caso). Lors de l'année 2007, 24 092 patients ont été reçus dont 16 573 nouveaux lors de 54 698 passages. 33 070 consultations médicales ont été réalisées pour 16 690 patients différents. 100% des patients reçus vivent en dessous du seuil de pauvreté et 80% d'entre eux n'ont aucune couverture maladie.

On notera par ailleurs que 9,5 % des consultants sont mineurs, et qu'ils représentent une catégorie particulièrement à risque.

Se basant sur la classification internationale des soins de santé primaire (CISP), le motif de recours de la population rencontrée et les diagnostics faits par les médecins étaient 9 fois sur 10 du domaine de la médecine générale :

- Affections ostéoarticulaires (16% des recours)
- Affections respiratoires (16% des recours)
- Affections digestives (15,5% des recours)
- Affections psychologiques (13%)
- Affections dermatologiques (12%)
- Affections cardiovasculaires (11, 7%)
- Affections gynéco – obstétriques (10%)

- Affections métaboliques, nutrition, endocriniennes (7,1%)

Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées sont :

- L'hypertension artérielle (7% des résultats de consultation)
- Les infections des voies respiratoires supérieures (environs 7%)
- Les troubles anxieux (6%)

D'autres études délimitent le champ de l'action médicale dans les contextes de précarités, à ces mêmes domaines. Toutefois l'accent est mis dans certaines études sur le domaine de la prévention^{23,30}, des pathologies infectieuses type VIH²⁸ ou tropicales^{29,30,32}, nutritionnelles³⁰ et pédiatriques³⁰. Par contre nous n'avons pas retrouvé la notion de pathologie ostéo-articulaire dans ces mêmes études.

A la vue de l'ensemble de ces données, nous retiendrons que les disciplines médicales qui doivent être maîtrisées par le médecin généraliste, en particulier pour le soin des populations précaires sont :

- L'infectiologie
- La pédiatrie
- La nutrition
- La dermatologie
- La gynécologie – obstétrique
- La traumatologie
- La psychologie / psychiatrie
- L'urgence

Nous excluons les disciplines de pneumologie et de gastro – entérologie puisque les pathologies qui y sont rencontrées le plus souvent se retrouvent dans les disciplines transversales que sont l'infectiologie et la pédiatrie. De même, la rhumatologie ne sera pas retenue car non corroborée par d'autres

études. Nous lui préférerons cependant la traumatologie qui englobe une partie des affections ostéoarticulaires fréquentes en médecine générale.

Ayant maintenant défini les capacités qui sont recommandées de maîtriser aux médecins généralistes – médecin de famille afin de pouvoir prendre en charge la population globale et plus particulièrement la population précaire grandissante, nous devons à présent nous interroger sur l'adéquation entre leur formation et ces objectifs.

2.5 FORMATION DU MÉDECIN

En France, l'organisation de la formation médicale est régulée au niveau national par le Ministère de l'Education et le Ministère de la Santé, mais c'est en grande partie les facultés qui définissent le contenu du cursus médical et les modes de certification³³.

Dans cette partie nous décomposerons la formation du médecin selon les trois mécanismes pédagogiques qui doivent amener à l'acquisition de compétences dans le domaine médical : l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation. L'articulation de ces trois mécanismes constitue la dynamique de la formation³⁴.

2.5.1 L'enseignement

Le Petit Robert définit l'enseignement comme un « précepte qui enseigne une manière de penser ou d'agir ».

Selon le Petit Larousse, c'est « l'action de transmettre un savoir ».

Dans le cadre des études médicales, l'enseignement traditionnel didactique des sciences médicales reste le modèle³³. Même si au cours de ces dix dernières années le cadre de l'enseignement s'est vu enrichir de méthodes d'éducation participatives (apprentissage par problème, cas - clinique, interdisciplinarité), l'enseignement théorique et l'enseignement clinique sont toujours délivrés en utilisant des « formats de lecture ». Cet enseignement est transmis par les pairs.

Il constitue le principal mode de formation de l'étudiant au cours du premier et du second cycle des études médicales, qui, en tenant compte du pourcentage de redoublement, durent en moyenne 7 ans (curriculum médical avant diplôme le plus long du monde !)³³. L'étudiant reçoit donc un enseignement théorique biologique, pathologique, et thérapeutique lui permettant d'acquérir des capacités cliniques qu'il doit mettre en application au cours de stages cliniques rotatoires pendant la 4^{ième}, 5^{ième} et 6^{ième} année. Notons que peu d'universités préparent l'étudiant à son rôle « d'externe » par des modules de communication. Ceci constitue pourtant la base de l'investigation clinique (interrogatoire) et de l'adaptabilité nécessaire à l'intégration au sein de l'équipe médicale. Il est contraint d'apprendre sur le tard. Enfin notons qu'un seul module d'enseignement des sciences humaines et sociales est dispensé au cours de la première année de médecine, dans un souci d'équité auprès des étudiants se présentant aux concours qui sont issus de filières autres que scientifiques³³.

2.5.2 L'apprentissage

L'apprentissage est défini comme le « fait d'apprendre un métier » (Petit Robert). Il est ainsi rattaché à la formation professionnelle, comme le temps pendant lequel on est apprenti (Petit Larousse).

Dans le cadre des études médicales, la pédagogie de l'apprentissage est utilisée dès la 4^{ième} année lors des stages cliniques d'externat. C'est à partir de ce moment que l'étudiant placé aux côtés de ses pairs va être confronté à la complexité de l'individu malade dans le système de soin hospitalo - universitaire. Par la confrontation à des situations complexes, il va petit à petit développer un savoir-agir adapté à chaque situation. On assiste à une mise en action des savoirs acquis au cours de l'enseignement. L'étudiant transforme ses connaissances en organisation d'activité. C'est par ce processus fortement dépendant du contexte et par conséquent, très adaptable, que l'étudiant va trouver la stratégie de résolution de problème(s) professionnel(s) la plus performante³⁵. Ceci est particulièrement vrai, au cours du 3^{ième} cycle des études médicales, car l'étudiant évalué sur ses connaissances théoriques et son

raisonnement clinique au cours de l'Examen Classant National (ECN), est responsabilisé. C'est en effet au cours de l'internat que lui est confié un rôle lui permettant non seulement d'identifier les problèmes, mais aussi de les résoudre par l'exécution de tâches complexes (savoir faire). Il acquiert les compétences faisant de lui un professionnel. Ainsi dans la lignée du courant socio – constructiviste, on reconnaît aux stages cliniques leur rôle professionnalisant⁵. L'étudiant apprend à devenir un professionnel en mettant en application son savoir médical, mais il est surtout confronté à une quantité d'informations, d'intuitions, d'émotions ayant pour conséquence un ajustement de son action par des processus d'introspection, d'évaluation, de versatilité, d'incertitude, de souffrance et de compassion. C'est cette confrontation qui va modeler ses attitudes relationnelles et définir son expérience selon le contexte de mise en application (savoir être). C'est ce que Lehoux P. et al définissent comme la « trousse à outils du médecin » dans leur tentative de conceptualisation de la pratique de médecine de famille en 1995. Cette expérience, faisant se rencontrer différents professionnels de santé, patients et chercheurs, selon le courant praxéologique de recherche – action, fut une tentative de modélisation systémique de la pratique de médecin de famille, cherchant à analyser et à comprendre les interactions dans le champ d'action professionnel.

Cette trousse s'intègre dans « l'espace thérapeutique » qui définit le champ d'action professionnel au niveau personnel de la consultation médicale ainsi qu'au niveau des contraintes organisationnelles générales. De plus ils identifient une « trousse à outils du patient » et différents processus individuels et/ou mutuels ainsi qu'une synchronisation nécessaire à la construction de cet espace thérapeutique. On notera l'importance des connaissances, des croyances, ainsi que le réseau social et les thérapies alternatives dans la trousse du patient³⁶.

Cette expérience nous permet de mieux cerner la notion d'apprentissage et les compétences développées par les stages cliniques professionnalisant. Ce que les auteurs ont défini comme « éducation informelle »³⁷ semble donc reposer sur d'autres domaines que les sciences médicales pures:

- La communication médecin – patient

- L'éthique médicale
- La médecine légale
- La sociologie médicale
- La santé publique

A ces domaines peuvent encore être ajoutés l'histoire, les sciences politiques et la philosophie orientant alors l'apprentissage professionnalisant vers les sciences humaines.

C'est le « savoir informel » qui, associé au « savoir formel » dans les expériences de l'apprentissage, fait progresser le praticien en formation vers un niveau de compétences faisant de lui un professionnel. Notons cependant que le savoir informel est grandement dépendant de l'environnement dans lequel se fait l'apprentissage. En France il est majoritairement hospitalo – universitaire et rarement inter – disciplinaire.

Si l'enseignement est le cadre pédagogique de la transmission du savoir, alors l'apprentissage est le cadre dans lequel se construit le savoir faire et le savoir être.

2.5.3 L'évaluation

L'évaluation constitue peut être la plus grande évolution du système pédagogique de ces 10 dernières années. Au delà même des procédés de certification lors de la formation médicale initiale, elle a été au cœur d'une démarche qualité dans le système de soin. En effet, en réponse à l'augmentation exponentielle des connaissances médicales, et dans un but d'expertise, et de maintien des compétences, la formation continue des praticiens et l'évaluation de leur pratique, ont été institutionnalisées respectivement en 2002 et 2004.

Dans le cadre des études médicales, l'évaluation n'est plus seulement considérée comme le fait de porter un jugement sur la valeur de quelque chose (Petit Robert). De la simple notion de mesure (courant docimologique),

l'évaluation est devenue formative, considérant une démarche de recueil d'information sur une activité et/ou son résultat, conduisant à un jugement et à une prise de décision (courant constructiviste)³⁴. Appliquée à l'éducation médicale, cette démarche est particulièrement ardue, vu la complexité des compétences visées en fin de cursus et des exigences de la société à l'égard des médecins.

Dans le cadre de la formation médicale initiale elle est cependant primordiale et constitue une réelle composante dynamique pédagogique. Si l'évaluation mise en œuvre conditionne la formation, elle doit être adaptée aux objectifs (courant systémique). En effet, l'étudiant n'apprend et ne retient pas de la même façon si c'est pour le réciter, si c'est pour le réutiliser pour comprendre, ou pour expliquer et résoudre un problème. Ainsi les méthodes diffèrent selon que l'on évalue l'enseignement ou l'apprentissage.

Dans le paradigme de l'enseignement, l'évaluation va s'attacher à rechercher la quantité d'informations que l'étudiant aura retenues et qu'il sera capable de rappeler. L'enseignant formule des questions ou des consignes et attend les bonnes réponses ou les bons comportements correspondants aux objectifs de formation. L'évaluation s'intéresse plus aux résultats qu'aux moyens mis en œuvre pour arriver à celui – ci. Elle utilise des moyens standardisés tels que les tests, épreuves, examens et grilles d'observation, car ils sont reproductibles d'un étudiant à l'autre. On la retrouve à deux moments clefs des études médicales : le concours de première année de médecine, et l'examen classant national.

Dans le paradigme de l'apprentissage, l'évaluation considère, quant à elle, les moments et les contextes où se déroulent la formation de l'étudiant comme le cadre privilégié de recueil d'information sur les connaissances et les compétences acquises. Ce sont les tâches réelles et complexes retrouvées dans l'exercice d'une profession qui vont définir ce que l'étudiant doit connaître. La notion d'interdisciplinarité et la transférabilité des connaissances sont analysées afin de connaître les compétences développées. L'évaluation considère par ailleurs que toutes les connaissances dont on vérifie l'acquisition sont réutilisables. C'est à dire que l'évaluation ne conduit pas à une sanction mais à

une adaptation de l'apprentissage. Pour renseigner sur les performances de l'étudiant, l'évaluation doit se baser sur des tâches « authentiques » : complexes, multi – dimensionnelles et complètes. Ceci permet de faire ressortir les bases cognitives des étudiants (savoir) et les compétences visées (savoir faire et savoir être).

Les procédés les plus utilisés en éducation médicale peuvent être cités pour exemple : l'analyse de cas cliniques, le test de concordance de script, l'Examen Clinique Objectif Structuré qui consiste en une observation directe de l'étudiant dans une tâche professionnelle avec des patients standardisés, ou les outils qui visent à documenter les apprentissages effectués à partir de pratiques réelles : le portfolio ou l'audit de dossier médicaux³⁴.

Par ces exemples, il est intéressant de noter que l'évaluation peut nécessiter une interaction avec les pairs et parfois une auto - évaluation. Par convergence, il est admis que l'auto-évaluation sous forme d'enquête de jugement, fasse partie de l'évaluation³⁴. Elle paraît même être la pièce centrale du système de formation pratique et du développement des compétences professionnelles lors de la formation médicale diplômante³⁵. C'est aussi par l'auto – évaluation et l'apprentissage auto – dirigé que le praticien assure sa formation continue et participe à l'évaluation de pratique. Certains auteurs anglo-saxons n'hésitent pas à parler d'une « profession auto – régulée »³⁸.

Il conviendra cependant de rappeler que l'une des composantes du professionnalisme est l'autonomie et la régulation de la discipline³⁷. Ce qui, dans le cadre de l'auto – évaluation, revient à considérer le médecin comme un praticien qui réfléchit à sa pratique (praticien réflexif en cohérence avec les théories pédagogiques constructivistes et l'évaluation formative) et qui assume ses responsabilités et ses devoirs envers les attentes et les besoins de la société³⁶.

Il paraît donc important d'évaluer un jeune médecin en formation afin de le faire progresser vers les orientations conceptuelles de sa formation.

Pour cela nous pouvons nous rapprocher des sciences sociales pour aborder le savoir être du médecin : son opinion et son comportement dans le soin. Pour interroger le vécu, les entretiens qualitatifs semi-directifs sont recommandés. Si l'objectif est la recherche opérationnelle vérifiable, il convient d'élaborer un questionnaire clair et reproductible afin d'illustrer les comportements et opinions identifiés au cours des entretiens³⁹.

Nous pourrions donc considérer l'évaluation comme l'outil pédagogique permettant de mesurer et de guider le savoir être et par conséquent le professionnalisme.

Nous avons donc pu appréhender les fondements de la formation médicale, et nous pouvons maintenant en dresser un bilan critique en terme de formation à la précarité :

- Le domaine des sciences humaines et sociales n'est abordé que de façon très limitée, au mauvais moment et son évaluation est inadaptée.
- Le domaine de santé publique est lui aussi abordé de façon limitée et reste cantonné à un enseignement, ne permettant pas à l'étudiant de développer de réelles compétences par une mise en pratique.
- L'environnement dans lequel se passe le stage clinique est la plupart du temps hospitalo – universitaire. Ce qui, on l'a vu, conditionne fortement un certain type d'apprentissage.
- Le contexte de précarité ne constitue que rarement l'environnement d'un terrain de stage clinique, limitant l'acquisition de compétences dans ce domaine au combien « authentique » (complexe et multidisciplinaire).
- Le savoir « informel » comme base de l'acquisition de compétences n'est que peu reconnu et peu évalué. Il est aussi grandement dépendant de l'environnement de formation³⁷.

- La méthode d'évaluation de l'apprentissage convient tout particulièrement au domaine de la précarité, et peut se faire par observation directe de l'étudiant en situation et/ou par l'auto – évaluation.

2.6 ENJEUX À VENIR

Ce constat d'inadéquation entre la formation médicale et les objectifs de formation, en particulier face à la précarité, vient s'ajouter aux réformes souhaitables pour l'éducation médicale. Il est un fait actuel, dénoncé par plusieurs auteurs, que les facultés de médecine doivent mieux préparer le médecin à prendre en charge la santé de la population et faire avancer le savoir médical à travers la recherche³³. En effet, devant un cruel manque de médecins de santé primaire, les facultés ne doivent pas seulement focaliser leurs programmes sur le développement de compétences scientifiques, mais aussi sur les habiletés à se conduire en professionnel dans un environnement complexe et changeant, en tenant compte des inégalités sociales, des attentes des patients d'origines et de cultures différentes, bref en impliquant la question du bien être social et de la santé des populations.

Face à cela, l'une des réponses quantitatives apportée fut l'augmentation du *numerus clausus* et la réforme de l'Examen Classant National⁴⁰. La conséquence pour les facultés de médecine fut l'augmentation du nombre d'étudiant sans réelle augmentation du nombre d'enseignement³³ et de moyens pédagogiques. On estime que d'ici 2015, il y aura 11 000 internes à former en plus, ce qui pose la question cruciale de la disponibilité des stages cliniques formateurs. Certaines spécialités arrivant déjà à saturation (gynécologie – obstétrique, pédiatrie) dans le cadre hospitalo – universitaire, l'ONDPS recommande l'ouverture de stages en dehors des CHU et CH, au sein d'établissements ou d'organismes à but lucratif ou non – lucratif. Ceci est laissé à la responsabilité des doyens de facultés et du coordinateur interrégional d'établir les conventions et les cahiers des charges de formation⁹.

2.7 EXEMPLES DES PROGRAMMES INTERNATIONNAUX

Pour répondre à ces enjeux, l'exemple des programmes internationaux développés par certaines universités médicales anglo-saxonnes semble être intéressant à étudier.

C'est face au même constat d'inadéquation entre la préparation des médecins et les besoins de santé à l'échelle de la population que plusieurs programmes d'échange internationaux auprès de populations démunies dans des pays en voie de développement ont vu le jour dans différentes universités anglo-saxonnes.

Le constat initial était le même : les populations sont de plus en plus diversifiées et les inégalités sociales de santé se creusent⁸. De plus le nombre de praticiens s'orientant vers les soins de santé primaire et la santé publique stagne, voir régresse, alors que c'est la couverture de soin la moins coûteuse et la plus efficace.

La formation médicale a été remise en question en particulier sur la pertinence de ses programmes éducatifs pour développer les capacités (savoir faire) mais surtout les attitudes (savoir être) nécessaires aux professionnels de santé. C'est à partir de ce moment là que certains auteurs réaffirmèrent l'importance des notions de service et d'altruisme dans l'éducation médicale. Ces notions, et les disciplines qu'elles sous tendent, n'étant jusque là enseignées que de façon informelle, l'étudiant se faisait sa propre expérience en fonction de son environnement de pratique et du bon vouloir de ses pairs. Ainsi face aux lacunes de la pédagogie médicale en terme d'outils et de méthodes systématisées pour inculquer les attitudes qui feront de l'étudiant un « bon » professionnel, une réforme du système éducatif basé sur la promotion de ces valeurs permit de développer des programmes de santé internationaux.

Plus précisément, ces programmes se basaient sur la mise en situation et donc l'exposition de l'étudiant aux besoins de santé de population de pays en voie de développement. L'un des tous premiers exemples de ce type fut le programme mené par le Reader's Digest et le Programme d'Assistance Médicale Américain

dans les années 70 : le médecin était placé dans un dispensaire et l'attribution de responsabilité et le travail de terrain poussait celui-ci à un apprentissage intensif. L'Association of American Medical College (AAMC) entreprit dès 1968 de former une division de Santé Internationale donnant la possibilité aux étudiants de participer à des programmes internationaux d'apprentissage. Puis certains organismes tels que l'international Centre for Medical Research and Training (ICMRT) ou l'International Center for Diarrheal Disease Research (ICDDR), y incorporèrent un volet recherche et un encadrement adapté.

Nous noterons que des universités telles que Yale ou Baltimore développent des programmes complets de santé internationaux depuis les années 80⁶.

Nous possédons aujourd'hui un recul suffisant, argumenté de nombreuses études évaluatives rétrospectives^{7,28,29,32,41,42} et prospectives^{30,32,43}, parfois comparant des échantillons d'étudiants^{28,29,32,41,43,44}, ayant suivi ou non ce type de formation, souvent auto – administré^{7,28,29,41-43,45-47}, pour mesurer l'impact sur l'étudiant et son retentissement à l'échelle de la société.

Notons que la plupart de ces études portent sur l'effet d'une expérience internationale auprès de populations démunies, réalisée par les étudiants au cours de leur formation médicale avant spécialisation ou au cours de l'internat de médecine générale^{28,29}.

2.7.1 Impact sur l'étudiant en médecine

Le retentissement, d'une telle expérience en terme de formation pour l'étudiant a été évalué et a été classé selon les trois domaines d'éducation menant à la compétence et à la professionnalisation⁶ (cf. pyramide de Millers) :

Les connaissances (savoir)

Les capacités, ou aptitudes (savoir faire)

Les attitudes (savoir être)

2.7.1.1 En terme de connaissances (savoir)^{7,8,44} :

C'est parce qu'il est dans un état d'esprit d'ouverture et qu'il doit s'adapter à la « différence » du contexte de travail et de vie que l'étudiant va très rapidement enrichir son savoir, poussé par les responsabilités qui lui incombent.

En premier lieu en terme d'infectiologie tropicale²⁹. Les pathologies rencontrées n'existent maintenant plus que dans les livres et il les découvre à des stades avancés. L'étiologie – pathogénie n'est pas forcément la même sous nos latitudes. Exemples : VIH, Malaria, mais aussi rougeole ou oreillons.⁸

Il va par ailleurs développer ses connaissances en matière de nutrition, particulièrement infantile³⁰. Exemples : allaitement, réhydratation orale.

Enfin, il apparaît dans certaines études que l'étudiant ouvre sa pratique aux sciences sociales⁶, en particulier pour arriver à comprendre l'étiologie – pathogénie et les facteurs de risques d'une certaine maladie.

2.7.1.2 En terme de capacités (savoir – faire) :

Les capacités les plus régulièrement citées à l'issue d'une expérience de soin auprès de populations démunies à l'international sont les capacités cliniques^{7,8,28,30}, de communication^{7,8,30} en particulier par la maîtrise de langues étrangères^{7,42,43}.

Les auteurs identifient aussi de nombreuses acquisitions de capacités de santé primaire⁷, tel que la gestion de soins³⁰, la résolution de problèmes spécifiques⁶, l'adaptabilité⁶, l'éducation de santé⁶ et la prévention³⁰.

L'étudiant en retire aussi des capacités de santé publique^{7,42,43}, par l'utilisation d'outils épidémiologiques, la considération des poids économiques et politiques de la santé^{8,43}.

Enfin il apprend à tenir compte des déterminants sociaux de la santé³⁰ et coordonne son soin avec les acteurs sociaux et paramédicaux.

2.7.1.3 En terme d'attitudes (savoir être) :

Nous avons vu précédemment que malgré leurs apprentissages informels, elles constituent certains des processus de professionnalisation les plus importants.

Elles traduisent une maturation du comportement et une ouverture à son rôle social. Derrière des valeurs telles que la compassion⁷, le volontarisme⁷, l'interculturalisme^{7,8,30,43}, l'intérêt pour les démunis^{7,8,42}, l'humanisme⁷, ou le travail d'équipe⁷, nous relevons une modification des perceptions du monde qui entoure la pratique du médecin, le renvoyant aux notions de service et d'altruisme précédemment citées. Les études s'accordent à dire que l'étudiant devient médecin parce qu'après avoir vécu et partagé les besoins d'autres populations démunies, il est maintenant capable de reconnaître les besoins et les attentes de ses propres concitoyens.

2.7.2 Impact sur la société

Ainsi ouvert à son rôle social, le médecin aura tendance à orienter sa carrière en conséquence. Plusieurs études montrent que les choix de carrière des étudiants ayant participé à ces programmes se tournent vers la santé primaire^{8,29,42,43}, en particulier comme médecin généraliste – médecin de famille^{28,42}. Ils ont tendance à avoir une activité de type communautaire^{30,42}, et/ ou de soin aux populations précaires^{28,30,42}. Certains s'orientent par la suite vers la santé publique^{28,29}.

D'autres tendances sont importantes à souligner. Il apparaît dans certaines études le devoir de défense du patient par le médecin⁴³. Et si les médecins ont tendance à avoir une activité à l'étranger, celle-ci reste limitée pour une question de revenu⁴².

2.7.3 Conditions de réussite

Ayant démontré l'impact des programmes de santé internationaux, plusieurs auteurs ont aussi déterminé les conditions *sinequa non* de leur réalisation⁶.

La première qui semble la plus importante est la motivation de l'étudiant et son engagement. Ce n'est en effet que sur la base du volontariat que peut s'entreprendre une expérience médicale auprès de populations démunies.

Il doit donc être recruté et sélectionné sur ces critères en priorité (lettre de motivation, projet professionnel, expérience associative ou autre type de volontariat à vocation sociale). Cette sélection devra par ailleurs vérifier les pré-requis ou connaissances médicales minimales permettant à l'étudiant d'être opérationnel. Et c'est là, la deuxième condition^{44,47,48}. Nous noterons que certains auteurs préconisent que la sélection ne soit pas assurée par la structure de formation de l'étudiant, dans un souci d'impartialité⁴⁷.

Une fois sélectionné, une préparation au départ adaptée au contexte dans lequel il se rend sera la troisième condition⁴⁷. Il devra se documenter sur l'histoire, la culture, la religion, la politique et les conditions sanitaires du pays. En parallèle une préparation spécifique au projet (pathologie tropicale, soutien nutritionnel, épidémiologie...) ainsi qu'une préparation à l'adaptation type « choc des cultures » pourra lui être dispensé.

D'autres conditions s'adressant maintenant à la structure d'accueil de l'étudiant, doivent être assurées car, nous l'avons abordé précédemment, l'apprentissage de santé primaire est hautement dépendante du contexte.

La première d'entre elle est la logistique sur place. On ne peut en effet envoyer un étudiant en formation sans s'assurer que celui-ci ait le minimum de moyen pour accomplir sa tâche^{30,48}. Tout comme il est nécessaire d'assurer des conditions de vie saines et de risques modérés, la notion de sécurité fait l'objet d'une attention toute particulière^{28,30}. L'environnement dans lequel évolue l'étudiant doit être stable politiquement et son rôle ainsi que ses objectifs doivent être clairement définis et compris par la population locale.

L'une des conditions primordiales à la formation est la supervision et l'évaluation de l'étudiant sur place par une personne compétente, dont les qualités individuelles lui permettront de jouer le rôle de pair. Son rôle de « guide » et de soutien seront déterminants dans le vécu et l'acquisition de compétences de l'étudiant^{30,48}. L'évaluation doit elle aussi faire l'objet d'un travail rigoureux et attentif par la structure de formation de l'étudiant à son retour⁴⁷.

De même, il est important que l'étudiant s'intègre dans une équipe, de préférence multiculturelle et pluridisciplinaire, afin de pouvoir partager savoirs et

impressions. Ceci lui permettra aussi d'améliorer sa capacité de communication et d'échange, si possible dans une langue autre que sa langue maternelle.

Mais là où l'apprentissage sera le plus enrichissant sera son expérience de terrain au contact de la population locale. La pratique d'activités communautaires est l'une des conditions qui fera de cette expérience à l'étranger un apprentissage unique pour l'étudiant⁴⁸.

Enfin, la délimitation de son activité à un projet clair et bien défini, intégrant une partie recherche, permettra à l'étudiant de rentrer en contact avec la population, de ne pas se perdre face à l'envergure de la tâche, et apportera des bénéfices à son propre centre de formation tout comme à la communauté dans laquelle il travaille^{48,49}.

2.7.4 Arguments opposables

Même si ce genre de formations semble d'un grand intérêt pédagogique, il n'en reste pas moins qu'il soulève des questions d'ordre éthique principalement, mais aussi déontologique, sécuritaire et organisationnel.

La première d'entre elles est sans doute la plus importante, et constitue le socle de réflexion qui doit précéder toute démarche d'action dite « humanitaire » : Quel est le service rendu à la population en détresse?

Loin de faire l'unanimité, le débat sur le bien fondé de l'action humanitaire n'est pas clos et souffre d'une remise en question à l'heure actuelle⁵⁰. Ne faisant pas l'objet de notre travail, nous nous intéresserons tout de même au bien fondé d'envoyer un médecin considéré en formation dans son pays, pour soigner les plus démunis dans un autre.

Les auteurs n'abordent que peu ce sujet ambiguë^{6,8}. Certains reconnaissent même que l'étudiant a plus à y gagner que la population locale⁶. Cependant, sous couvert d'une sélection pertinente assurant l'opérationnalité et surtout l'engagement de l'étudiant responsable de la communauté sur place, l'implication qu'il mettra dans sa tâche sera le gage d'une force vive dans un contexte qui en

est la plupart du temps dépourvu. Nous noterons là aussi l'importance de l'encadrement sur place, comme soutien, mais aussi comme « garde fou ».

En cela cette expérience ne doit pas différer des conditions de pratique de l'interne en stage clinique en France.

Ainsi, nous pouvons répondre à cet argument par le trio : sélection, encadrement et engagement.

De manière ethnocentrique, il peut être opposé un argument d'ordre déontologique : n'y a-t-il pas là un risque de fuite des médecins vers l'étranger ?

Là encore la littérature est pauvre, mais on retrouve la confirmation de cette crainte quand une étude rétrospective par questionnaires auto – administrés auprès de médecins installés montre que 60% d'entre eux souhaiteraient avoir une activité internationale⁴². Cependant la majorité avoue que cela n'est pas possible pour des raisons organisationnelles et financières. Les études qui s'intéressent à l'impact sur le système de santé du pays d'origine prouvent, quant à elles, une réelle implication dans leurs propres systèmes de santé primaire à leur retour (cf paragraphe 2.7.2).

L'argument sécuritaire peut aussi être employé à l'encontre de ce type d'expérience. En effet n'y a-t-il pas un risque d'envoyer nos médecins dans des conditions de vie précaires et instables ?

A cela, le vieil adage « mieux vaut un médecin en bonne santé qu'un médecin... malade » répond de façon claire qu'il n'est pas concevable de risquer la vie de quelqu'un pour un ou des autres. Cela est inutile pour lui mais aussi pour l'action dans laquelle il se trouve. Ceci est vrai dans toutes situations humanitaires, et conduit à la gestion délicate du risque « calculé ». Il est donc de la responsabilité de la structure accueillant l'étudiant de faire courir le moindre risque à celui-ci tout comme aux autres employés.

Enfin, il n'est pas rare d'entendre encore parler de « tourisme humanitaire » à l'égard des praticiens s'engageant volontairement dans des actions humanitaires. Ces remarques sont souvent formulées par les formateurs médicaux français eux – même. A cela, nous n'avons pas trouvé de référence

dans la littérature mais nous tenterons de d'approfondir ce problème dans la deuxième partie de notre travail.

Pour conclure nous citerons ici une étude de thèse menée avec la collaboration de l'URML de Picardie auprès de médecins généralistes libéraux⁵¹. Interrogeant les médecins sur l'adéquation de la médecine générale et la médecine humanitaire, celle-ci en vient à la conclusion que c'est par manque de temps et de formation que les médecins pourtant intéressés, renoncent à une expérience humanitaire. C'est donc au cours de la formation médicale initiale qu'une telle expérience peut être réalisée.

2.8 L'EXEMPLE HUMANITAIRE FRANÇAIS

Les données issues du système anglo-saxon semblent trouver un faible écho dans la littérature franco-européenne portant sur ce sujet^{48,51,52}. Les échanges médicaux universitaires proposés, tels que le programme Hippocrates restent européen-européen, dans la lignée du traité de Bologne et de l'uniformisation des cursus universitaires. En France, rares sont les facultés de médecine où l'on propose à l'étudiant des stages orientés sur la précarité et/ou sur l'international. Les jeunes médecins en formation doivent donc se tourner vers d'autres structures s'ils veulent mettre à profit leurs compétences médicales dans un but philanthropique. Pour cela, ils sont nombreux à proposer leur candidature auprès des organismes humanitaires français. De jeunes médecins, parfois internes, partent en mission humanitaire pendant des disponibilités au cours de leur cursus. Rares sont les facultés qui reconnaissent de tels expériences comme « validantes » au même titre qu'un autre stage clinique de troisième cycle. C'est donc souvent à l'encontre de l'ordre établi que l'interne s'engage dans le volontariat humanitaire.

Les principaux organismes humanitaires français, reconnus d'utilité publiques, et dont l'expérience et la taille garantissent un certain professionnalisme, proposent aux internes et aux jeunes médecins français des missions allant de 6 mois à 1

an : Médecins Sans Frontière (MSF), Médecin Du Monde (MDM), Action Contre la Faim (ACF), Handicap International (HI) et la Croix Rouges Française (CRF). Ces structures sont reconnues comme les organismes de références français en matière de prise en charge et de soin aux populations les plus précaires. Leurs domaines d'activités s'exercent souvent à l'étranger, mais à l'image de la Mission France de MDM, ils sont aussi les principaux intervenants face aux inégalités de soins sur le territoire Français. Depuis les « Frenchs Doctors », ces organismes humanitaires ont su faire évoluer leurs pratiques et leurs réflexions sur ce sujet sensible et complexe qu'est l'humanitaire. Leur fonctionnement qui se veut transparent se base sur des pratiques évaluatives et multidisciplinaires leur ayant permis d'acquérir une certaine expertise dans la prise en charge de la santé en milieu précaire. Elles ont pour la plupart une très bonne connaissance du terrain et des différents déterminants de la santé qui s'y exercent. De même, elles sont conscientes, mieux que quiconque, des risques encourus sur ce genre de terrain.

Elles recrutent des médecins sur la base de volontariat, et constituent ainsi des pools de médecins mobilisables. La faible disponibilité de ceux ci fait que bien souvent l'offre est supérieur à la demande.

Sous l'initiative du Professeur Matteï, la CRF propose depuis 2006 des terrains de stages humanitaires aux internes des facultés françaises. Pour une durée de 6 mois, la CRF s'engage auprès du CHU de rattachement à assurer l'encadrement pédagogique de l'interne. Pour cela une convention de stage est signée entre l'organisme humanitaire et l'organisme de formation de l'étudiant (CHU). Ce dernier s'engage par ailleurs à assurer la rémunération de l'interne pendant la durée de son stage humanitaire, pendant que la CRF prend à sa charge les frais de transport et de vie sur place.

L'interne est tenu de rendre un rapport en fin de mission. Le terme de cette convention permet ainsi à l'interne de valider un stage dans son cursus d'étude médicale.

Il existe donc en pratique des terrains de « stages informels » (exception faite pour la CRF qui est le premier organisme à proposer cela de façon officielle) où les internes et les jeunes médecins encore en formation vont se confronter à la complexité du soin en milieux précaire. Qu'en retirent ils ? Comment cela peut leur être utile dans leur pratique par la suite ? Vers quel type de carrière s'orientent-ils ? Nous sommes en droit de nous demander si les expériences humanitaires au sein de ces organismes humanitaires, au même titres que celles citées dans le paragraphe précédent, ont un intérêt pédagogique pour le jeune praticien. Et de nous interroger sur l'importance de leur reconnaissance dans leur formation.

Nous appuyant sur notre argumentaire bibliographique, nous évaluerons donc l'intérêt d'une expérience médicale auprès d'une population démunie en terrain humanitaire, avec un organisme humanitaire français de référence. Pour cela nous mèneront une enquête auprès de jeunes praticiens ayant eu cette expérience à la fin de leur formation.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons enquêté auprès d'une population de praticiens partis en mission humanitaire en fin de cursus médical, dans le but d'illustrer l'apprentissage d'une telle expérience et le retentissement sur leur carrière. Ce questionnaire à réponses fermées, auto administré, a été élaboré sur la base d'entretiens non directifs auprès d'experts et semi directifs auprès d'un échantillon représentatif. Il se base aussi sur la littérature existante dans ce domaine.

3.1 INTERVIEWS :

Les entretiens non directifs nous ont permis d'affiner notre méthodologie et de définir les domaines de compétence développés par un jeune médecin au cours d'une mission humanitaire. Nous avons rencontré le Pr Matteï (Président de la Croix Rouge Française), le Dr Michelletti (Président de Médecins du Monde) et le Dr HEINRICH (Responsable du pool des médecins, MSF-France). Nous avons sollicité l'expertise du Pr Labranche S. en sciences sociales.

Plusieurs jeunes médecins partis en mission ont été interviewés de manière semi-directive, ce qui nous a permis d'identifier certains indicateurs de changement des connaissances, des capacités et d'attitudes au décours d'une expérience humanitaire.

3.2 BIBLIOGRAPHIE :

Nous avons mené notre recherche bibliographique sur SUDOC, CISMEF, INIST, BDSP et PUBMED. Les mots clefs utilisés : médecine générale, médecin de famille, soin primaire, action humanitaire, santé internationale, ONG, formation médicale, enseignement, pauvreté, précarité, responsabilité sociale ; et

en anglais family medicine, general practitioner, medical education, medical student, social responsibility, international electives, developing countries, career choice, primary care, altruism, idealism.

L'indexation de ces thèmes dans les bases de données littéraires s'est avéré limité, et peu d'articles ainsi intitulés nous semblaient pertinents. La recherche fut dépendante de l'identification des mots clefs à travers certains articles et ouvrages sources.

Nous avons aussi entrepris une recherche Web sur Google et sur les sites : WoncaEurope, Isnard IMG, Médecins du Monde, Médecins sans Frontière, la Croix Rouge Française, ministère de la santé et des sports.

En parallèle, plusieurs ouvrages abordant l'humanitaire, la santé publique et les techniques d'enquête en sciences sociales ont été utilisés.

3.3 ENQUETE :

3.3.1 Objectifs :

3.3.1.1 Objectif principal :

Intérêt pédagogique d'un semestre de stage clinique en mission humanitaire.

3.3.1.2 Objectifs secondaires :

- Identifier le type d'apprentissage développé par une expérience humanitaire. En terme de savoir, de savoir faire et de savoir être.
- Identifier les domaines dans lesquels sont développés ces apprentissages : disciplines médicales, santé primaire, santé publique.
- Identifier la carrière médicale du praticien ayant vécu cette expérience.
- Identifier une sensibilisation du praticien à la précarité.
- Définir la prise de risque encourue lors d'une mission humanitaire.

- Définir la charge de travail qu'a représentée cette expérience humanitaire.
- Identifier les déterminants d'une expérience humanitaire enrichissante.

3.3.2 Population ciblée

Nous avons interrogé des internes ou des jeunes médecins de moins de 35 ans, ayant effectué leur première mission humanitaire au cours de leur cursus ou au début de leur carrière.

Critères d'inclusion :

- Médecin français
- < 35 ans.
- 1^{ère} mission au sein d'un organisme français humanitaire.

Nous intéressés au système de formation médicale en France, nous avons ciblé les jeunes praticiens qui, au moment de leur première expérience humanitaire, entretenaient encore un lien avec le monde universitaire, ou venaient de le quitter.

Pour être représentatif de la population de médecins partant en mission humanitaire pendant ou après un cursus en France, nous nous sommes adressés aux organismes médicaux humanitaires Français de références : Médecin Sans Frontières (MSF), Médecin du Monde (MDM), la Croix Rouge Française (CRF), ainsi que Handicap International (HI) et Action Contre la Faim (ACF). Ces organismes drainent la plupart des médecins français s'engageant dans l'humanitaire. Nous les avons sollicités pour accéder à leurs pools de médecins volontaires.

Après extraction de leur base de donnée selon les critères de sélection choisis, la structure humanitaire a établi une mailing liste qui nous permis d'entrer en contact avec chaque personne de la cohorte.

MDM, par souci de confidentialité, a préféré ne pas nous transmettre directement de mailing liste. Nous avons été en contact avec le bureau des ressources humaines qui joua le rôle d'intermédiaire auprès de leur échantillon de médecins. Les organismes HI et ACF, quant à elles, furent dans l'incapacité de répondre à notre demande, argumentant que leurs volontaires n'étaient que très rarement médecins.

Nous précisons d'autre part que les médecins constituant les pools de volontaires de ces organismes étaient interrogés sur leur première mission humanitaire. Or celle-ci n'a pas forcément été réalisée au sein de l'organisme dans lequel le médecin a été listé. En plus du profil de répartition de la cohorte, ceci explique l'apparition d'autres structures comme Aide Médicale Internationale (AMI) dans les résultats.

3.3.3 Durée de l'enquête

L'enquête a duré 6 mois, du 10 décembre 2008 au 10 juin 2009.

3.3.4 Méthode

Dans un souci de faisabilité et en concordance avec les méthodes utilisées dans la littérature (cf. paragraphe 2.5.3 et 2.7) nous mènerons une étude rétrospective descriptive portant sur la première expérience / mission humanitaire. Elle est non comparative et utilise l'auto – évaluation de pratique.

3.3.4.1 Modalité de construction du questionnaire

Cette étude se base sur un questionnaire à réponses dichotomiques ou à nombre d'éventualités plus importantes permettant une analyse statistique simplifiée. Ces questions ont été élaborées sur la base d'entretiens non directifs auprès d'experts et d'entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon représentatif.

Certaines des questions sont semi-ouvertes (à la suite de la liste de réponses, « modalité » ou « autre » ou « exemple » ou « précision » ou « commentaire ») afin de permettre la description de caractéristiques dont la liste auraient allongé questionnaire.

3.3.4.2 Détails sur les chapitres

Le questionnaire se divise en trois parties :

La première partie, qui comporte des question signalétiques, permet de définir les personnes interrogées et les contextes humanitaires. L'âge, la formation, la fonction et l'activité médicale sont renseignés avant et après la mission afin de suivre l'évolution de carrière. La nature de la mission de même que l'encadrement et la charge de travail sont précisés dans le but de pondérer le reste du questionnaire (importance du contexte de pratique pour l'acquisition de compétences) et d'identifier les déterminants d'une première expérience humanitaire formatrice. On s'interrogera sur le volume de travail afin de pouvoir répondre à l'argument opposable de « tourisme humanitaire ». (cf. paragraphe 2.7.4)

La deuxième partie cherche à identifier les domaines de compétences enrichis par une expérience humanitaire. Ils ont été définis après interviews et recherches bibliographiques (cf. paragraphes 2.4, 2.5.2 et 2.7.1).

Pour chaque discipline médicale, qu'il est important de maîtriser pour les soins primaires des populations précaires par l'intermédiaire de questions d'opinion, nous déterminerons la nature de l'apport pédagogique et son utilité.

Le domaine théorique renvoie aux connaissances et donc au savoir.

Le domaine clinique renvoie aux capacités et aptitudes, et donc au savoir faire et au savoir être.

Le domaine technique renvoie lui aussi aux capacités et mais vient préciser le savoir faire (gestes techniques).

Les compétences de santé primaire sont abordées par des questions de comportement semi-ouvertes. Elles permettent de nous renseigner sur les capacités mais surtout sur les attitudes et habiletés (savoir faire et savoir être) propres à ce domaine.

Le domaine de la santé publique est abordé de manière signalétique en listant les activités auxquelles la population a participé. En ayant ainsi endossé certaines de ces tâches, nous pouvons extrapoler sur l'acquisition de connaissances et de capacités dans ce domaine (savoir et savoir faire).

Enfin, la troisième partie s'attache à authentifier les autres domaines auxquels le médecin a été confronté.

Les questions d'opinion et de comportement, à réponses fermées (37 à 41) tentent d'authentifier les capacités et attitudes développées en terme d'interculturalisme.

Les questions 42 à 45 s'intéressent à l'attitude du praticien face à la précarité.

La question 46, à échelle de valeur, permet de dégager les autres attitudes professionnalisantes développées au cours de cette expérience.

Notons que la question 10, en tout début d'enquête, interroge le praticien sur son impression de service rendu. Loin d'apporter un réel éclairage sur les conséquences de son action, elle a l'intérêt de confronter le praticien à son objectif principal et de replacer son expérience face aux devoirs de service et d'altruisme de sa profession.

3.3.5 Collection des données

L'enquête a été élaborée sur le site internet SurveyMonkey.com, site de questionnaire en ligne :

<http://www.SurveyMonkey.com/>

Ce site anglophone propose des outils en ligne d'élaboration d'enquêtes, de distribution, de recueil et d'analyse de résultats. Il héberge ainsi à titre payant toute forme d'enquête.

Une fois l'enquête élaborée, l'utilisateur obtient un lien internet qui, une fois envoyé par mail, permettra à la population enquêtée d'accéder à une page web contenant le questionnaire. Les réponses sont stockées sur un serveur à distance et sont accessibles à tout moment sur le même site. Elles sont protégées par un login et un mot de passe que seul l'utilisateur et créateur de l'enquête connaît. De même le questionnaire n'est accessible qu'aux personnes ciblées par le mail contenant le lien internet :

http://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=cbOtXSkKrehXn4nY0WzgKQ_3d_3d

Les personnes interrogées ont accès à un questionnaire en ligne, auto-administré, avec la possibilité de le remplir en plusieurs étapes et de modifier les réponses déjà rendues de façon anonyme.

Le recueil des données se fait sous forme de tableau Excel téléchargeable à chaque instant. Le site donne par ailleurs la possibilité d'obtenir directement une analyse statistique descriptive simple des résultats sous forme de pourcentage, permettant même de croiser l'ensemble des résultats en fonction d'une question choisie.

3.3.6 Analyse statistique

Elle se résumera à une analyse purement descriptive à l'aide de pourcentages.

RESULTATS

4 RESULTATS

125 personnes répondant aux critères d'inclusion ont été contactées directement (102) ou indirectement (23) par Email. 68 questionnaires nous ont été renvoyés, dont 62 complets, soit au total, 48% de réponses.

4.1 Description de l'échantillon

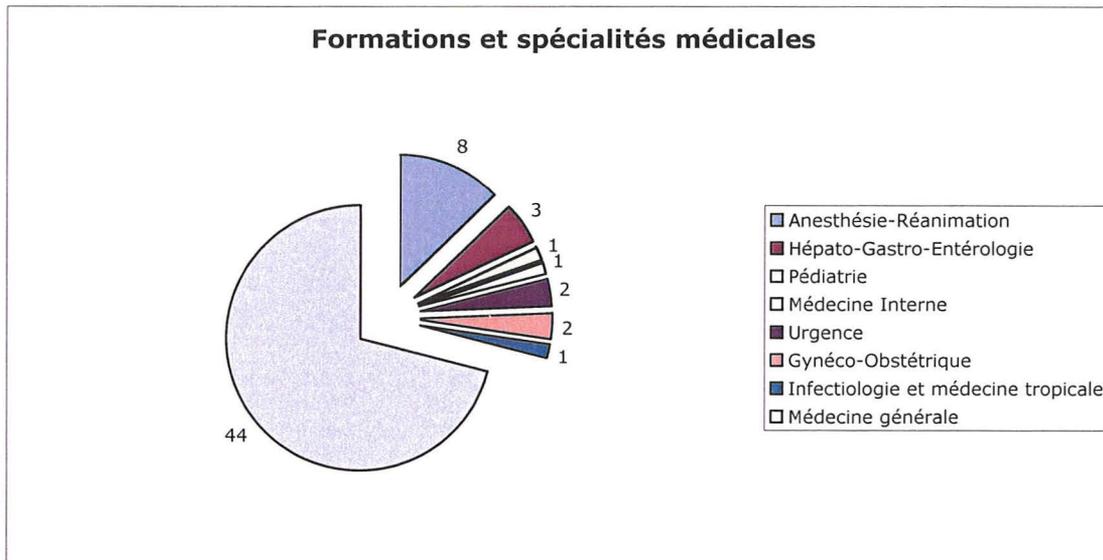
4.1.1 Genre :

Une majorité de femme ont répondu à l'enquête (64,5%)

4.1.2 Age :

L'âge moyen au moment de la première mission est de 28 ans (S.D. 2,03). L'âge moyen au moment de l'enquête est de 32 ans (S.D. 2,60), soit un recul de 4 ans sur leur première expérience.

4.1.3 Formation :



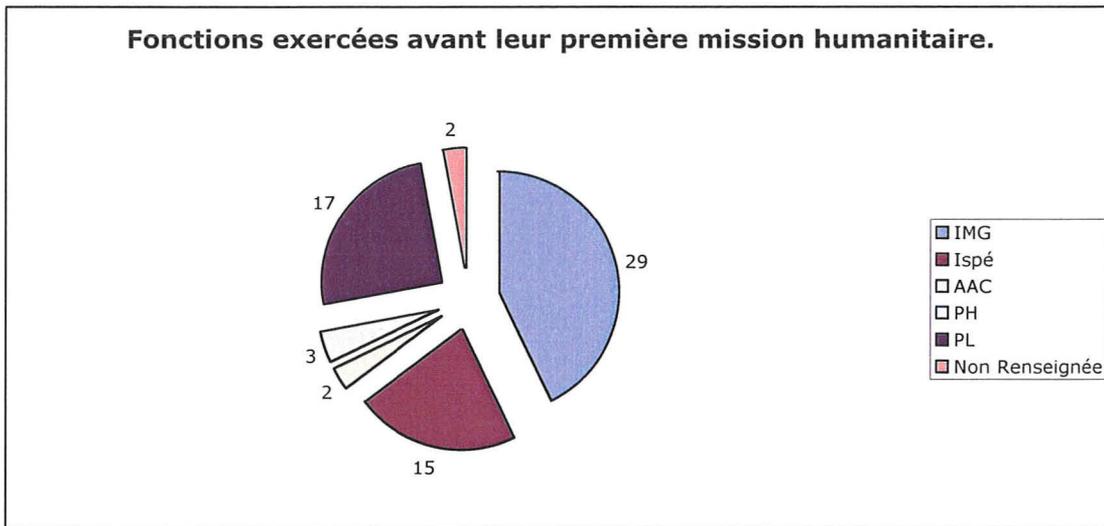
71% des personnes interrogées sont médecins généralistes de formation quand 29% sont spécialistes de formation.

4.1.4 Formation complémentaire :

23 personnes sur 62 (soit 37%) ont répondu avoir une formation complémentaire.

17 possèdent un DESC (6 DESC d'infectieux) et 6 un Master (4 Master de santé publique). A cela il faut rajouter les formations type DU et Capacités listées en question subsidiaire (« autre ») par 38 répondants.

4.1.5 Fonctions :



I : Interne

MG : Médecine Générale

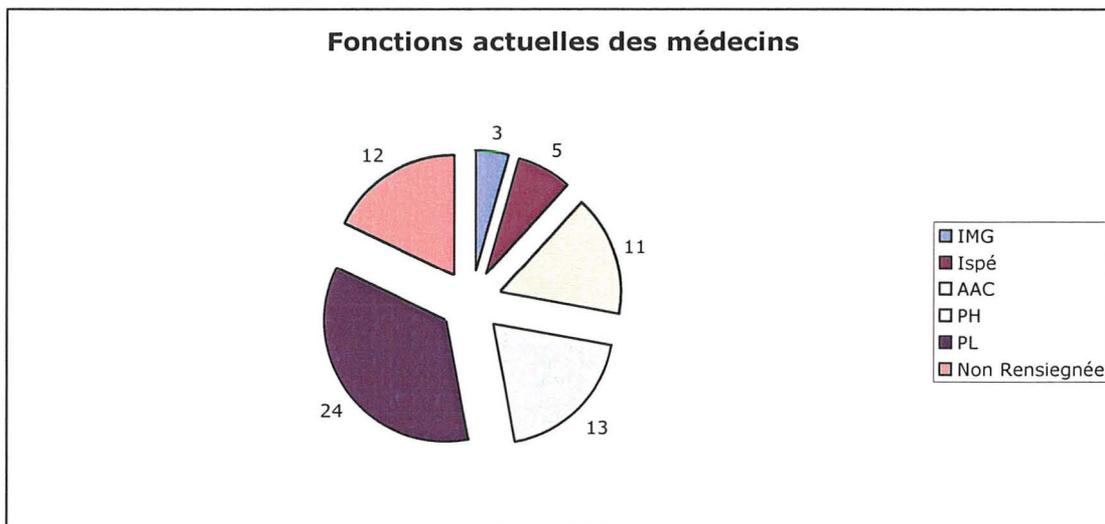
Spé : Discipline Spécialisée

ACC : Assistant Chef de Clinique

PH : Praticien Hospitalier

PL : Praticien Libéral

Une grande majorité d'entre eux est partie en mission humanitaire durant son internat (en cumulé, Internes de médecine générale + internes de spécialité représentent 65%).



I : Interne

MG : Médecine Générale

Spé : Discipline Spécialisée

ACC : Assistant Chef de Clinique

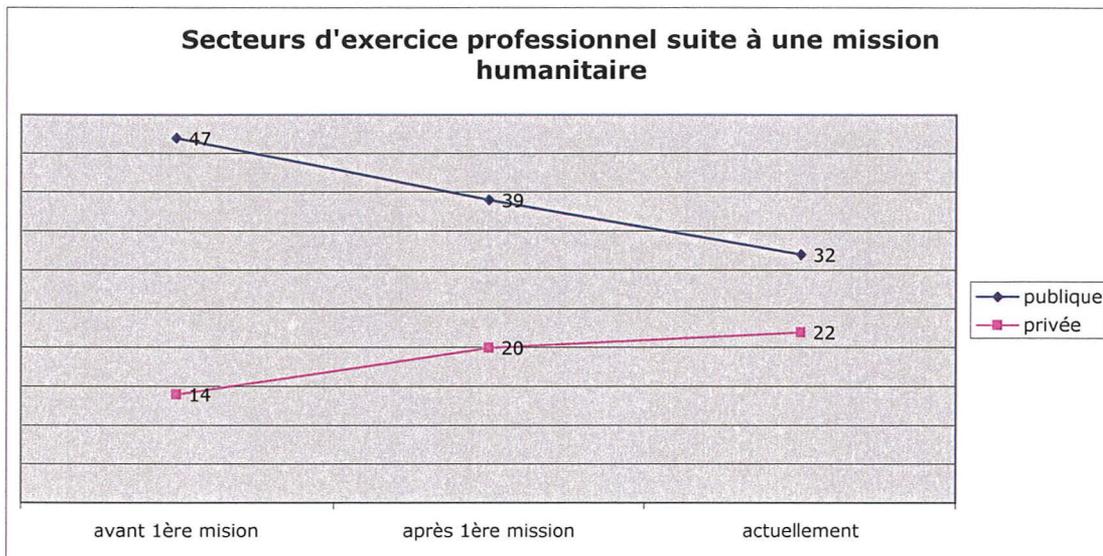
PH : Praticien Hospitalier

PL : Praticien Libéral

La plupart des médecins interrogés sont praticiens libéraux à l'heure actuelle (36%). Mais en cumulé (AAC+PH), ils sont le même nombre à exercer une fonction hospitalière.

4.1.6 Evolution de carrière :

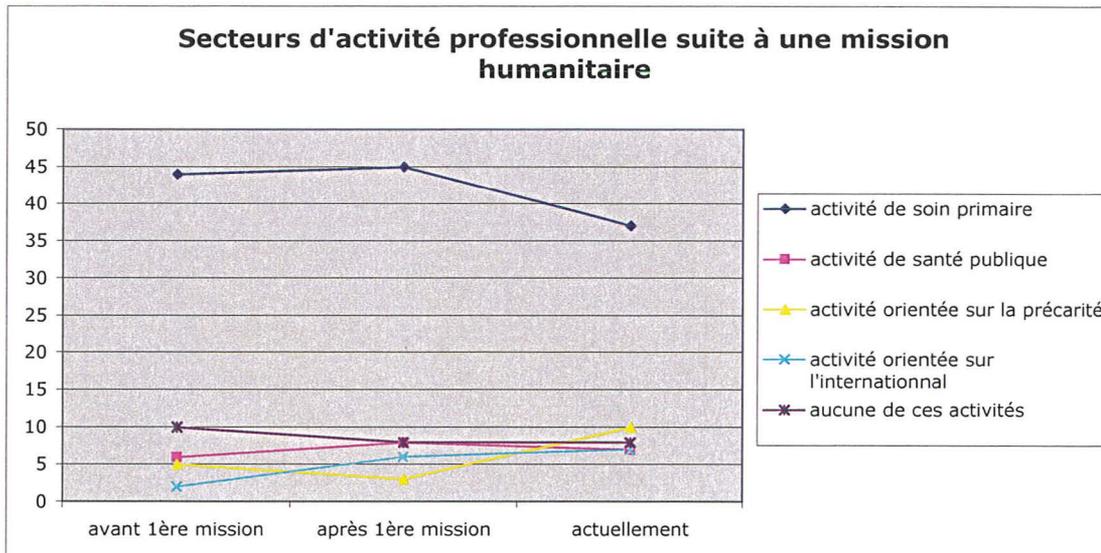
4.1.6.1 Evolution de fonction par rapport au secteur d'exercice professionnel.



Fonction des médecins pratiquant une activité de soins primaires	Avant 1 ^{ère} mission	Actuellement
Interne	29	6
Assistant	2	5
PH	15	18
PL	1	8
Ensemble	47	37

Actuellement, les personnes interrogées travaillent majoritairement dans le secteur public : Internes, Assistants et praticiens confondus.

4.1.6.2 Evolution de l'activité par rapport aux secteurs de soin de la population.

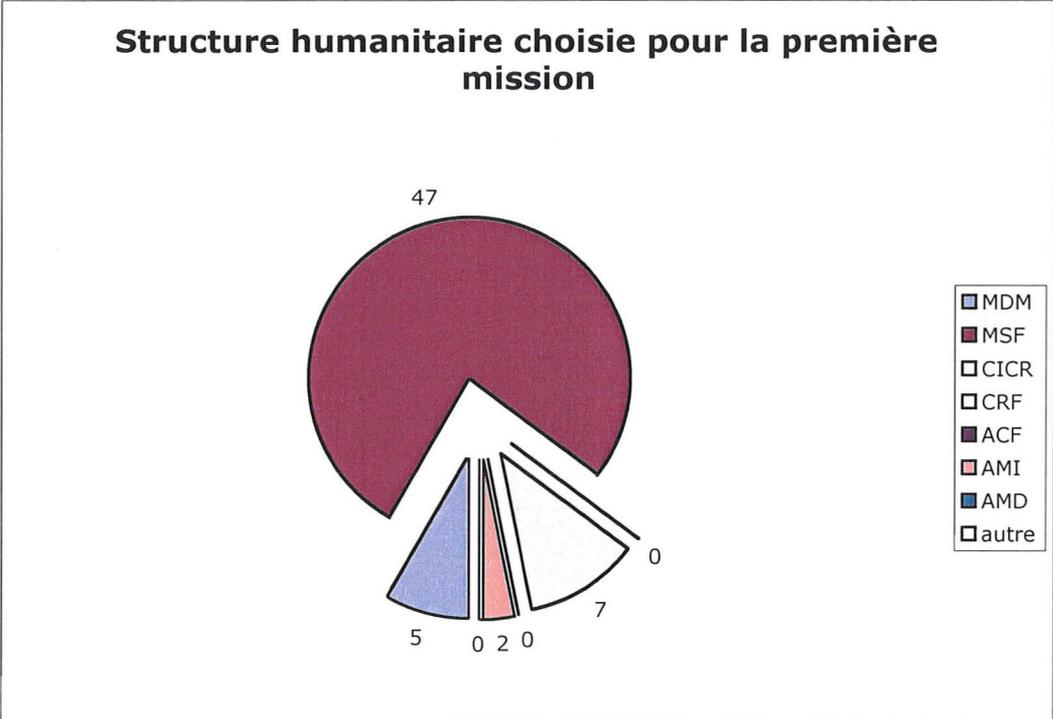


L'activité de santé primaire reste l'activité principale à la suite d'une mission humanitaire. L'activité orientée sur la précarité augmente de façon significative, de même que les activités de santé publique orientées sur l'international.

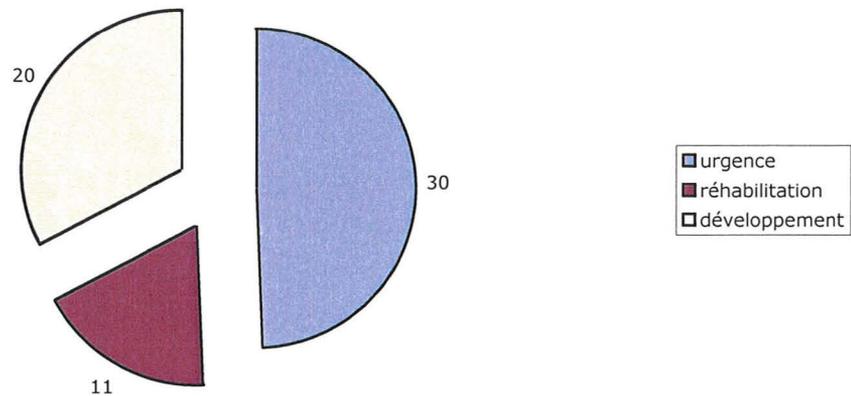
4.1.7 Description de la mission :

4.1.7.1 Cadre humanitaire :

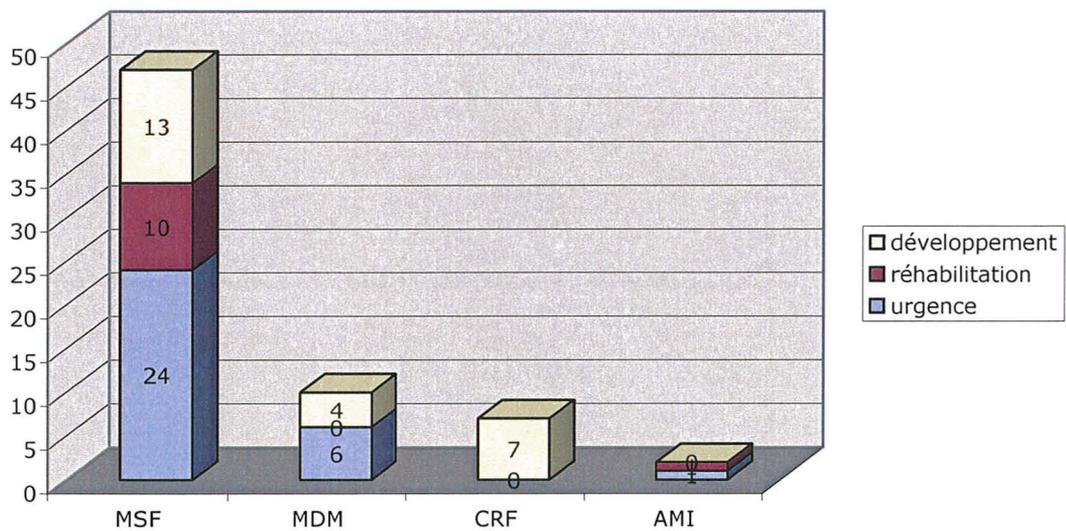
Le cadre humanitaire sera défini par la structure et le type de programme.



Programme humanitaire lors de la première mission

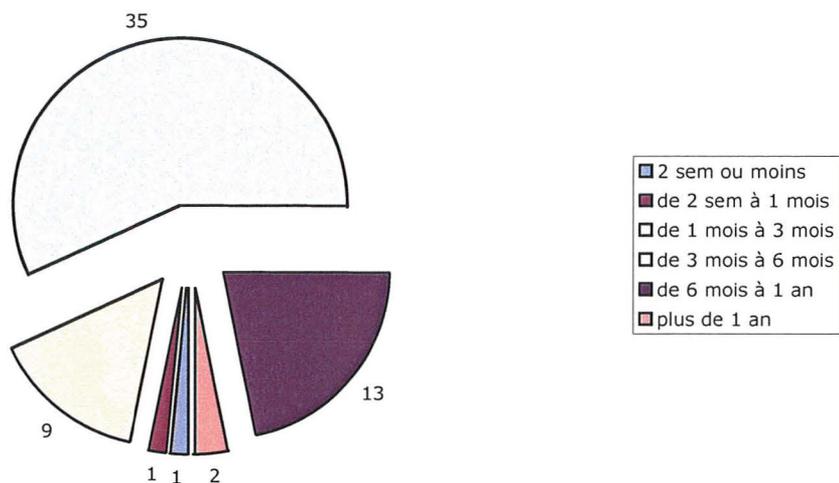


Cadre humanitaire selon le type de programme



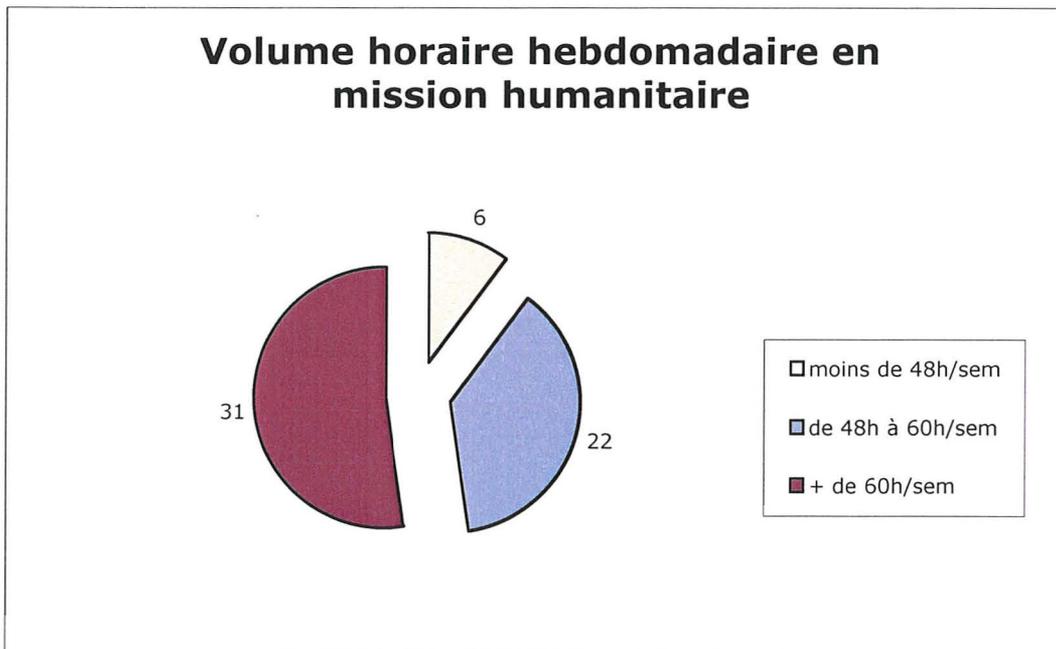
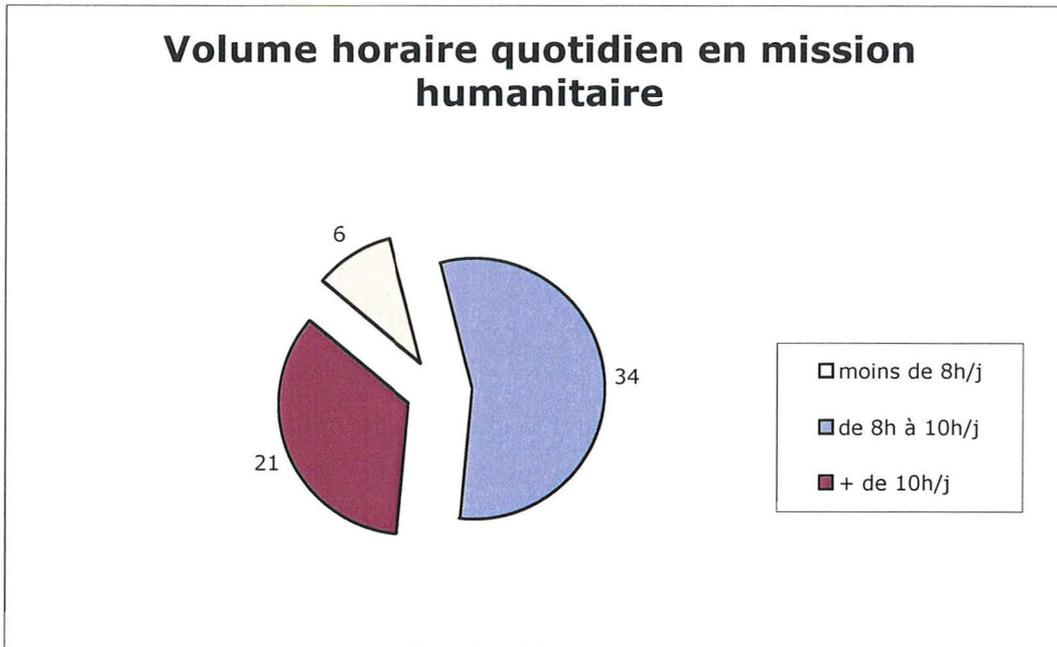
La majorité est partie sur une mission d'urgence avec MSF (36%). Une mission de développement avec MSF est citée secondairement (19%).

Durée de la première mission humanitaire



La grande majorité des personnes est partie pour des missions de 3 à 6 mois avec MSF dans un contexte d'urgence.

4.1.7.2 Volume horaire :



Une grande majorité des personnes a eu une charge de travail de 8 à 10h par jour et de 48 à 60h par semaine.

Notons que certains d'entre eux travaillaient plus de 10h par jour et plus de 60h par semaine.

En cumulé, ils sont près de 48% à avoir travaillé plus de 60h par semaine.

4.1.7.3 L'encadrement :

4.1.7.3.1 Formation pré-départ :

La majorité d'entre eux a eu une formation universitaire pré départ (55%) et 18% n'ont eu aucune formation avant leur première mission. 20% répondent « autre » et décrivent majoritairement des formations de courte durée dispensées par les ONG avant le départ.

Les instituts de formation humanitaire ne sont que peu cités.

4.1.7.3.2 La supervision :

Elle s'est faite pour une majorité par un référent à distance (au siège de l'ONG). 20% ont profité d'un contrôle sur le lieu de leur mission et d'un référent à distance.

21% n'ont pas été encadrés au cours de leur première mission.

4.1.7.3.3 L'évaluation :

Pour la majorité (39%), elle s'est déroulée de manière continue par l'intermédiaire de rapports mensuels et d'un rapport final.

Mais l'évaluation finale unique reste le mode d'évaluation principal (36%).

Notons que 7% d'entre eux estiment ne pas avoir été évalués au cours de leur mission.

4.1.7.4 Notion de service rendu à la population :

La grande majorité des personnes interrogées estime que leur présence a été bénéfique alors que 8% émettent un doute quant à l'influence de leur présence.

Dans les commentaires, un doute s'exprime quant à la pérennité de leur action.

4.2 Bilan d'apprentissage :

4.2.1 Disciplines médicales :

4.2.1.1 Infectiologie :

Les principales capacités acquises sont d'ordre clinique, en particulier pour 3 pathologies : Paludisme, Tuberculose et VIH.

57,4% trouvent ces capacités utiles pour la suite.

4.2.1.2 Gynéco-obstétrique :

Environ 50% estiment ne pas avoir acquis de capacité dans ce domaine. Dans le cas contraire, c'est la clinique qui a été enrichie majoritairement. En particulier pour le suivi de grossesse. A noter sur le plan technique que l'accouchement a été cité par 12 personnes.

Ces capacités semblent ne pas être utiles dans leurs pratiques quotidiennes (75%).

4.2.1.3 Pédiatrie :

C'est surtout la clinique qui est améliorée (92%) et les principales pathologies cités sont d'ordre nutritionnel et infectieux avec en première ligne le VIH.

Ces capacités sont utiles à leur pratique quotidienne pour plus de 65%.

4.2.1.4 Nutrition :

Une grande partie estime avoir acquis un savoir théorique et un savoir faire clinique en nutritionnel (83% et 80%). Mais cela ne semble pas leur être utile par la suite (73%).

4.2.1.5 Médecine d'urgence et Catastrophe :

Le domaine clinique a été enrichi pour 58% d'entre eux.

27% n'ont pas acquis de compétence dans ce domaine.

Les tâches le plus souvent citées :

- gestion d'une épidémie
- médecine aiguë
- plaies par armes.

4.2.1.6 Traumatologie :

La majorité des répondants n'a pas acquis de capacité en traumatologie (65%). Les capacités acquises par un petit nombre d'entre eux sont autant d'ordre technique que clinique : il s'agit de prise en charge de brûlures et de fractures (27% des pathologies citées) et de blessures par armes dans 18% des cas. Cependant 79% d'entre eux pensent que cela ne leur a pas été utile par la suite.

4.2.1.7 Dermatologie :

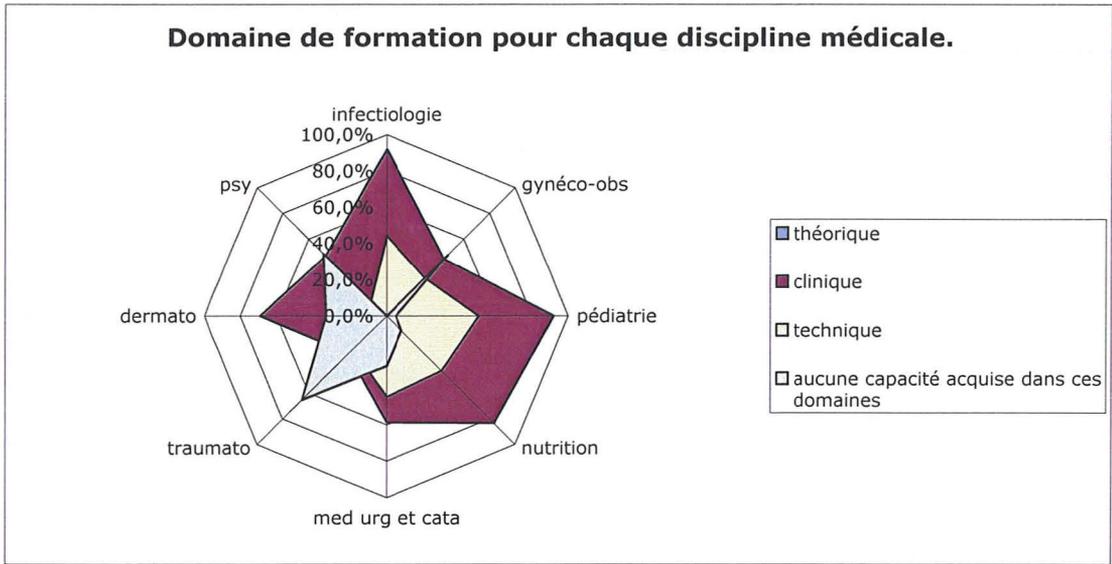
Bien que 32% n'aient pas acquis de compétence dans ce domaine, la plupart des praticiens estiment avoir amélioré leur clinique, en particulier pour les maladies infectieuses à manifestation cutanée (maladies parasitaires).

Mais environs 62% d'entre eux ne se resservent pas de ces connaissances par la suite.

4.2.1.8 Psycho-psychiatrie :

Près de la moitié de la population étudiée estime que son expérience humanitaire ne lui a pas apporté de capacité dans ce domaine.

Si l'on résume l'apport pédagogique (en termes de compétence médicale) aux domaines théoriques, cliniques et techniques :

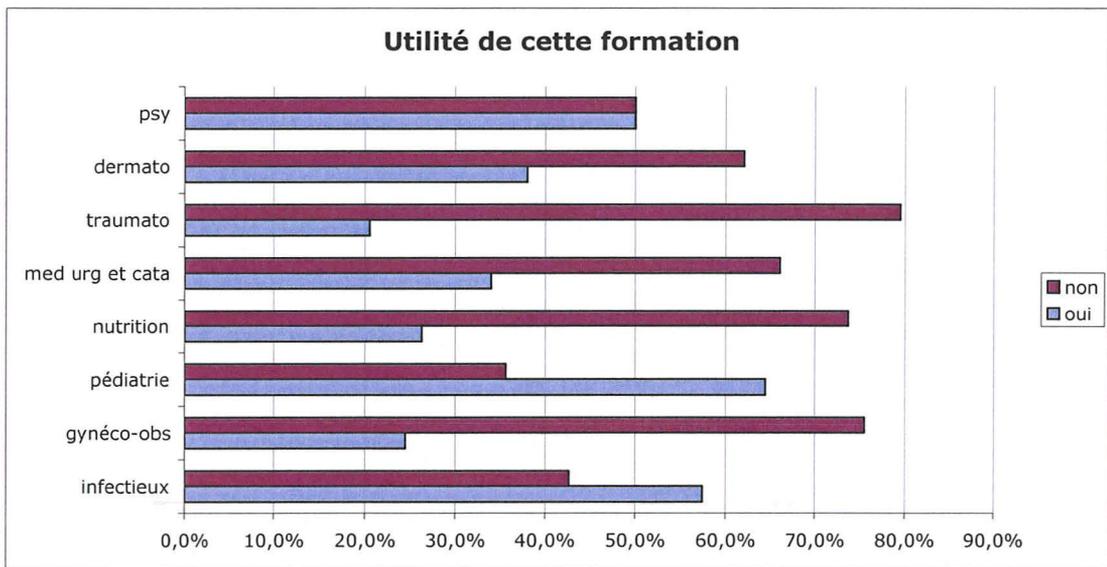


Le principal apprentissage est d'ordre clinique, en particulier dans les disciplines d'infectiologie, de pédiatrie, de nutrition et de dermatologie. Un apprentissage technique est constaté dans les disciplines d'urgence et catastrophe, de pédiatrie et d'infectiologie.

Par contre la majorité n'a retiré aucun bénéfice en terme d'apprentissage en gynécologie, psychologie et traumatologie.

On remarquera que l'apprentissage théorique est négligeable.

Quant à l'utilité de cette formation médicale :

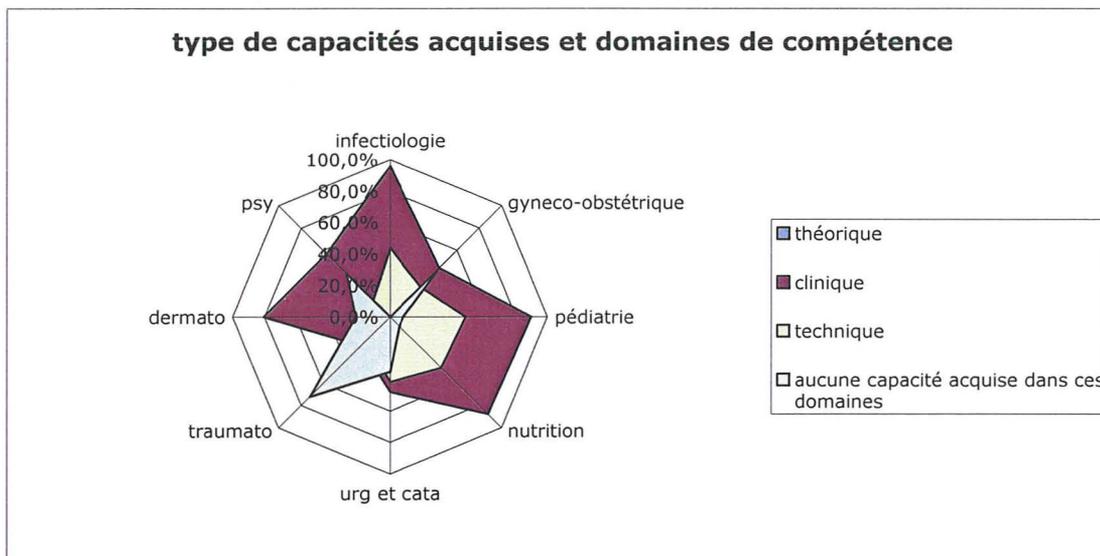


Pour la plupart, cette formation ne semble pas utile dans leur pratique quotidienne. Seul l'enrichissement des compétences en infectiologie et pédiatrie paraît utile.

Nous allons maintenant aborder ces apprentissages selon la formation, la fonction au moment du départ en mission et du programme humanitaire effectué.

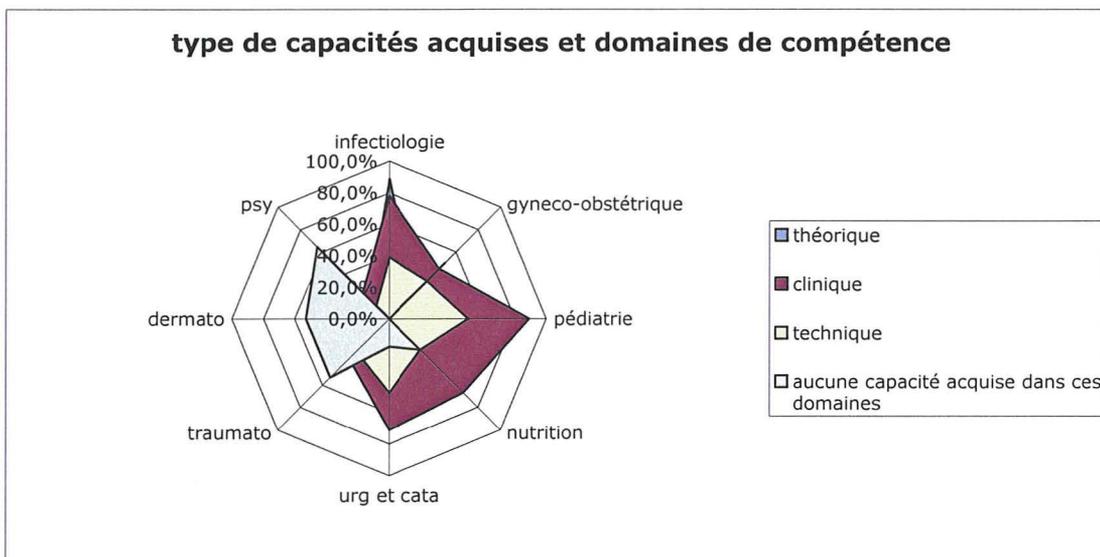
Apprentissage médical selon la formation :

Médecin généraliste : 44 personnes



un médecin de formation généraliste semble acquérir majoritairement des capacités cliniques dans les domaines infectieux, pédiatriques, nutritionnels et dermatologiques.

Médecin de Spécialité : 18 personnes

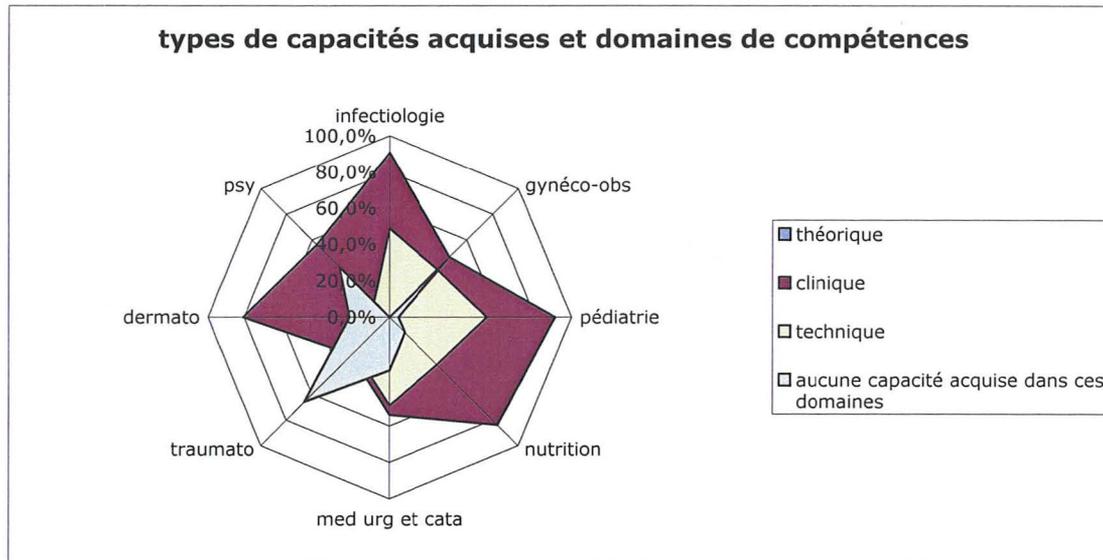


Les capacités cliniques acquises dans les domaines de l'infectiologie, de la pédiatrie et de la nutrition sont tout aussi importantes, mais un enrichissement

clinique apparaît dans le domaine des urgences et de la médecine de catastrophe. Le savoir-faire technique acquis par les médecins spécialistes ne connaît pas de différence significative. Ils sont cependant plus nombreux que les médecins généralistes à reconnaître un apprentissage théorique en infectiologie et en gynécologie.

Apprentissage selon la fonction avant départ :

L'interne : 42 personnes



Un interne semble acquérir majoritairement des capacités cliniques dans les domaines infectieux, pédiatriques, nutritionnels et dermatologiques. On note aussi qu'ils sont plus nombreux à rapporter une progression dans leur savoir-faire technique dans les disciplines d'infectiologie, de pédiatrie de nutrition et de médecine d'urgence et de catastrophe.

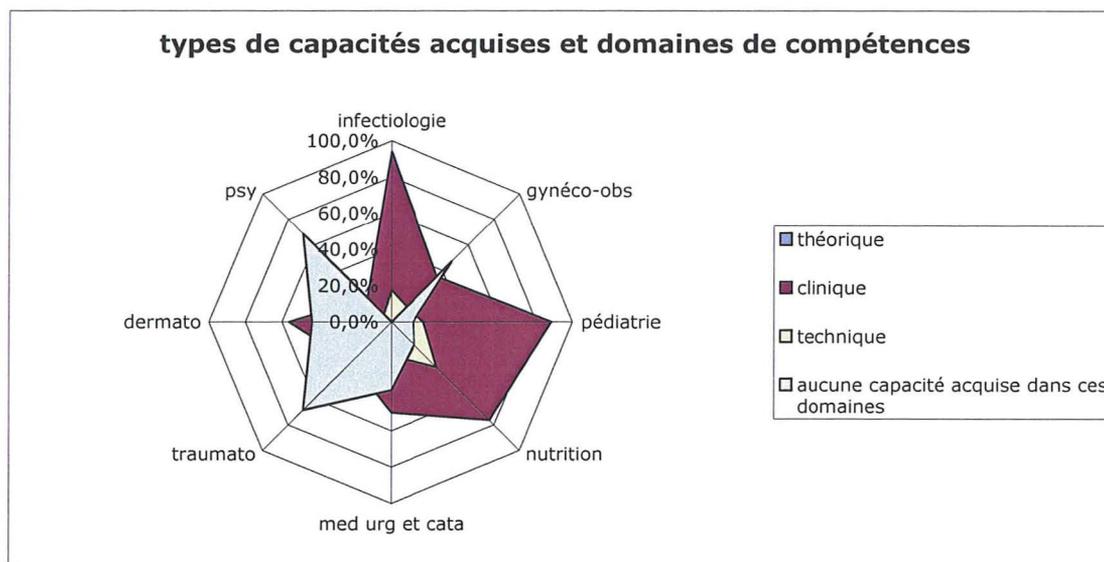
L'assistant chef de clinique : 2 personnes

Cet échantillon ne peut être étudié du fait de la faiblesse de l'échantillon

Le praticien hospitalier : 3 personnes

De même, cet échantillon ne peut être étudié isolément du fait de la faiblesse de l'échantillon.

Le médecin libéral remplaçant : 14 personnes



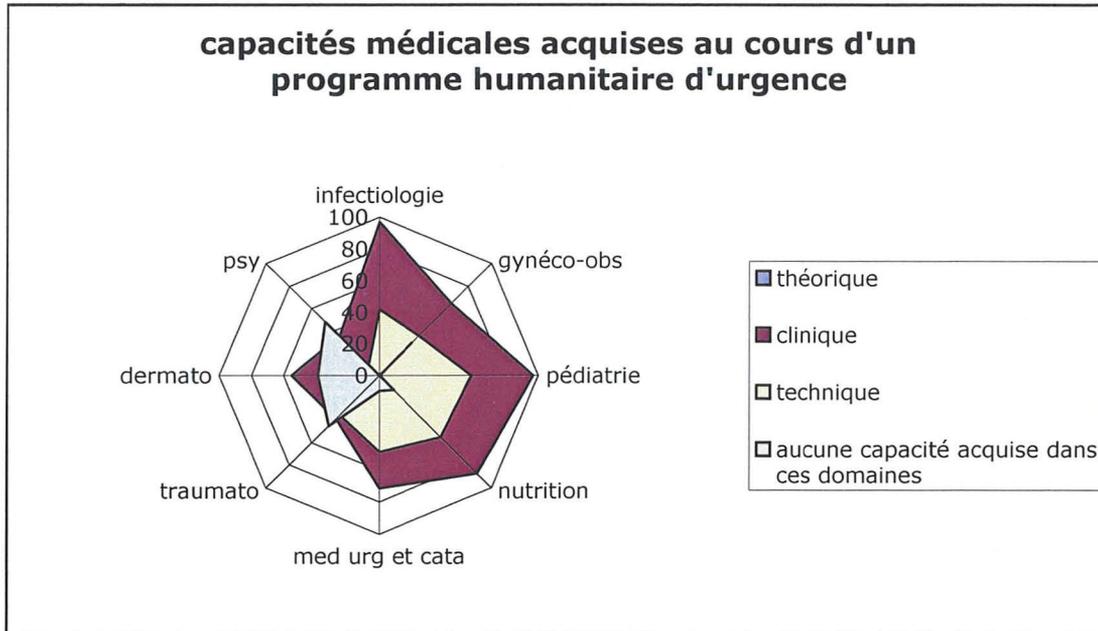
Il renforce lui aussi ses capacités cliniques en infectiologie, pédiatrie et nutrition.

Le savoir-faire technique est peu renforcé, et le savoir théorique n'est pas amélioré.

Il n'acquiert aucune capacité dans les domaines de psycho-psychiatrie, traumatologie et gynéco-obstétrique.

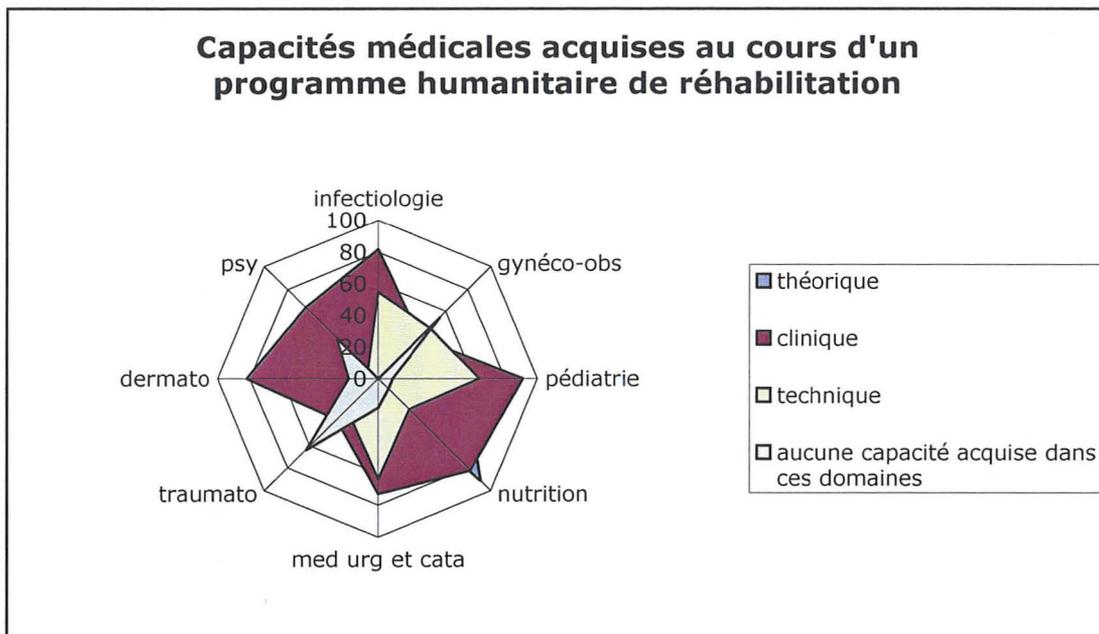
Apprentissage selon le type de programme humanitaire :

Programme d'urgence : 30 personnes



Les capacités acquises sont préférentiellement d'ordre clinique dans les disciplines suivantes : infectiologie, pédiatrie, nutrition et médecine d'urgence et catastrophe. Les capacités d'ordre technique apparaissent secondaires. Elles concernent les mêmes disciplines.

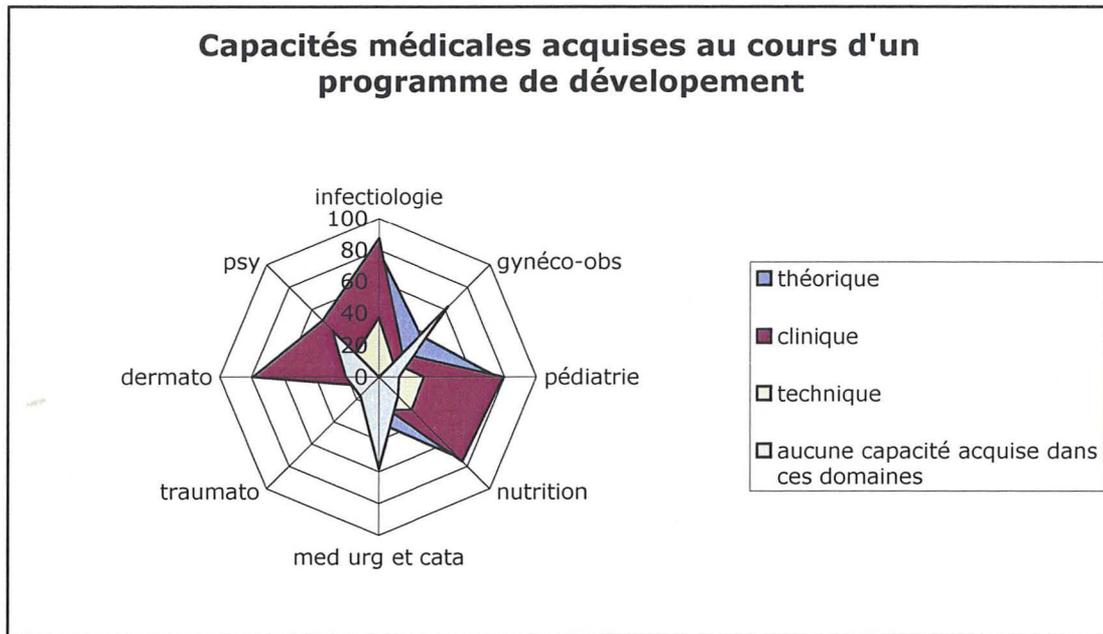
Programme de réhabilitation : 11 personnes



Les capacités acquises prédominantes sont là aussi d'ordre clinique. Elles concernent les mêmes domaines qu'au cours d'un programme d'urgence, mais aussi les domaines de la psychiatrie et de la dermatologie. La traumatologie est encore une fois le domaine dans lequel aucune compétence n'est acquise.

A noter, en nutrition, on acquiert plus souvent des capacités théoriques que cliniques.

Programme de développement : 20 personnes



les capacités cliniques acquises la plupart du temps sont dans les disciplines : infectiologie, pédiatrie, dermatologie et nutrition.

Des capacités théoriques y sont souvent associées. Mais les capacités techniques acquises semblent moindre que dans les autres types de programmes.

4.2.2 Discipline de santé primaire :

4.2.2.1 Gestion de soin :

Ils sont 94% à relater une situation de gestion de soin.

4.2.2.2 Soins centrés sur la personne :

Ils sont 91% à témoigner d'une activité de soin centrée sur la personne.

4.2.2.3 Prise de décision spécifique :

Ils sont 50% à avoir remis en question leurs protocoles et les consensus médicaux pour adapter leur soin à l'incidence et la prévalence de certaines pathologies rencontrées sur place.

4.2.2.4 Approche de soin globale :

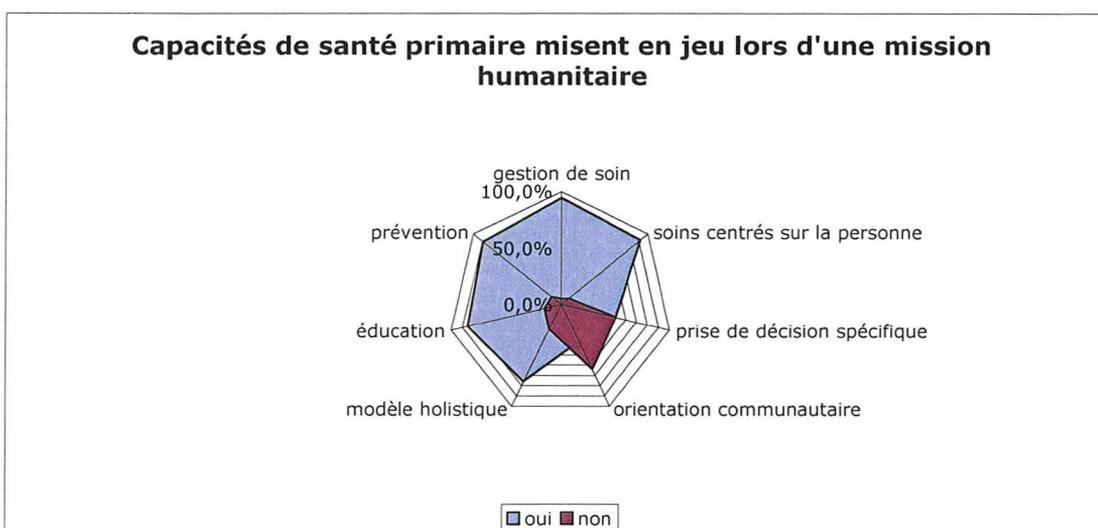
En mission humanitaire, une majorité estime que l'éducation à la santé représente 50% de leurs consultations et que 30% sont dédiés à la prévention.

4.2.2.5 Orientation Communautaire :

La majorité estime ne pas avoir eu à choisir entre soigner un individu et soigner un groupe. Mais certains commentaires font état de situations concrètes de mise en balance du soin au profit de la société.

4.2.2.6 Modèle holistique :

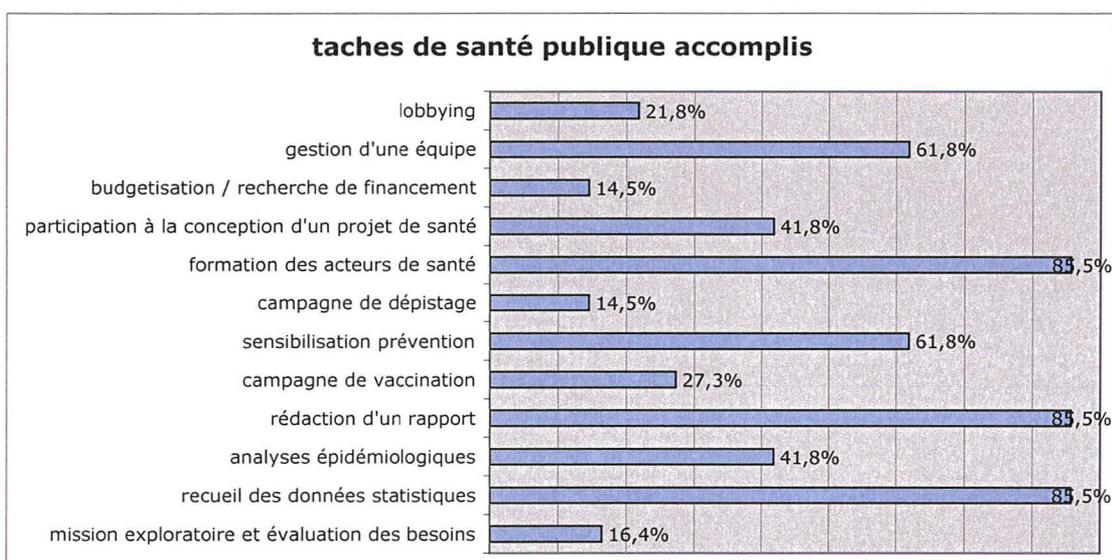
Une majorité (76%) estime avoir pris en compte les conceptions religieuses, ethniques et existentielles dans leur décisions médicales.



On constate donc que les médecins interrogés ont mis en pratique leur savoir et leur savoir-faire dans des situations de soins complexes, concordant avec les domaines de compétences de santé primaire.

Ces résultats ne diffèrent pas selon la formation et la fonction du médecin.

4.2.3 Discipline de Santé publique :



4.2.3.1 Taches épidémiologiques :

Ils sont 85% à avoir recueilli des données statistiques et à avoir rédigé un rapport.

42% d'entre eux ont aussi participé à l'analyse des données épidémiologiques.

4.2.3.2 Taches d'éducation et de prévention :

La grande majorité d'entre eux a du participer à la formation d'acteurs de santé. Ils sont par ailleurs 62% à avoir pratiqué des taches de sensibilisation et de prévention de santé au cours de leur expérience humanitaire. Les campagnes sanitaires de vaccination et de dépistage ne font pas partie des

taches de santé publique les plus pratiquées, mais 15 à 30% des répondants y ont été tout de même associés.

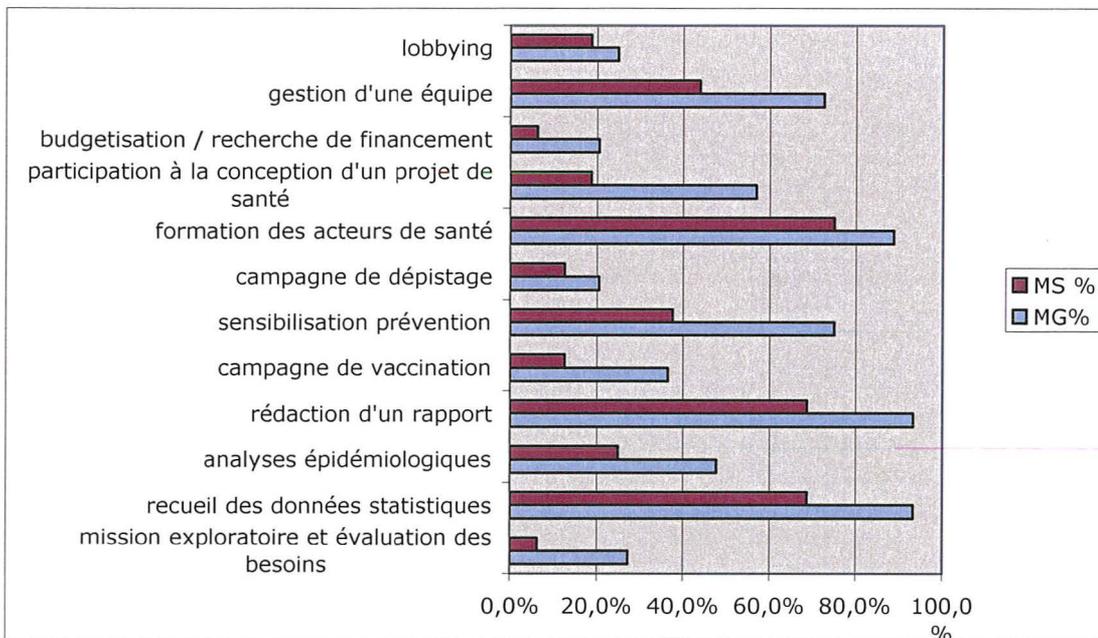
4.2.3.3 Taches de gestion de projet :

62% des personnes interrogées estiment avoir eu à gérer une équipe au cours de leur première expérience humanitaire et 42 % ont participé à la conception d'un projet de santé. Notons qu'entre 15 et 20% d'entre eux ont tout de même eu des activités de budgétisation et de lobbying.

4.2.3.4 Utilité de cette formation en santé publique :

Une majorité des répondants (73%) estime que ces taches accomplies au cours de leur expérience humanitaire leur a été utile par la suite.

Utilité de la formation en santé publique selon la formation :



on ne note pas de différence significative pour les taches de recueil de données statistiques, de rédaction de rapport et de formation de santé. Par contre il existe une différence significative entre les deux types de formation, pour les activités

de conceptualisation, de sensibilisation et de prévention et la participation aux missions exploratoires et à l'évaluation des besoins.

Les médecins généralistes sont plus nombreux à avoir effectué ce genre de tâche, mais il n'y a pas de différence significative dans la formation de santé publique selon la fonction. Tous considèrent cet apprentissage utile.

4.2.4 Développement d'attitudes :

4.2.4.1 Ouverture socio-culturelle :

Ils sont plus de 92% à avoir été confrontés à des cultures très différentes.

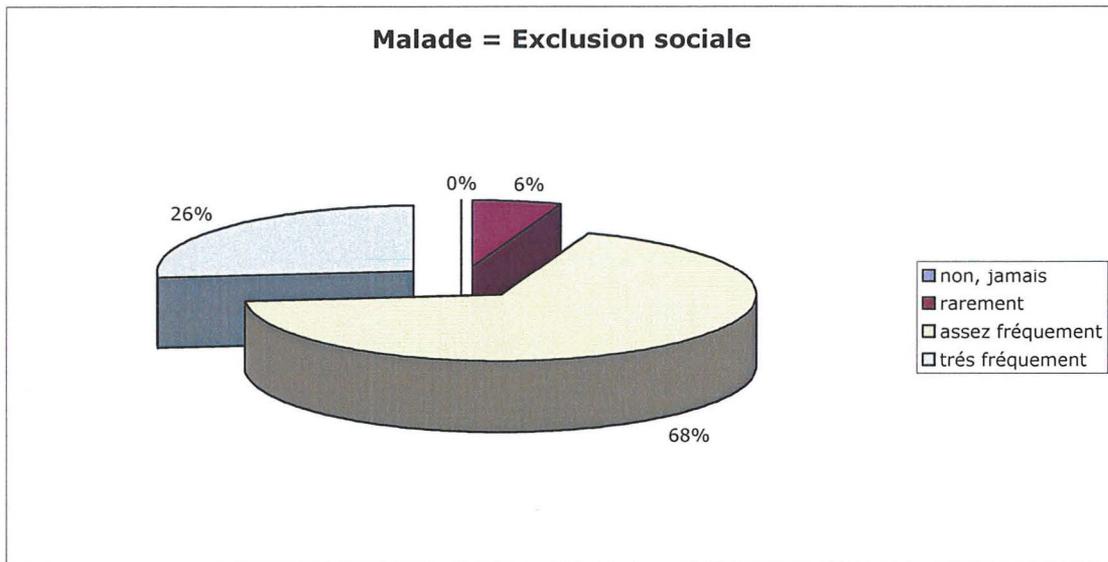
Pour la plupart (91%) la compréhension de la culture est fondamentale pour avoir un impact sur la qualité des soins. Et ils sont plus de 66% à avoir intégré cette notion dans les protocoles de soin utilisés. Même si cette notion de multiculturalisme semble avoir déjà été abordée par la majorité au cours des études médicales, notons toutefois que 41% d'entre eux estiment que non.

La majorité d'entre eux (plus de 72%) pense que cette confrontation a modifié leur approche clinique.

4.2.4.2 Sensibilisation à la précarité :

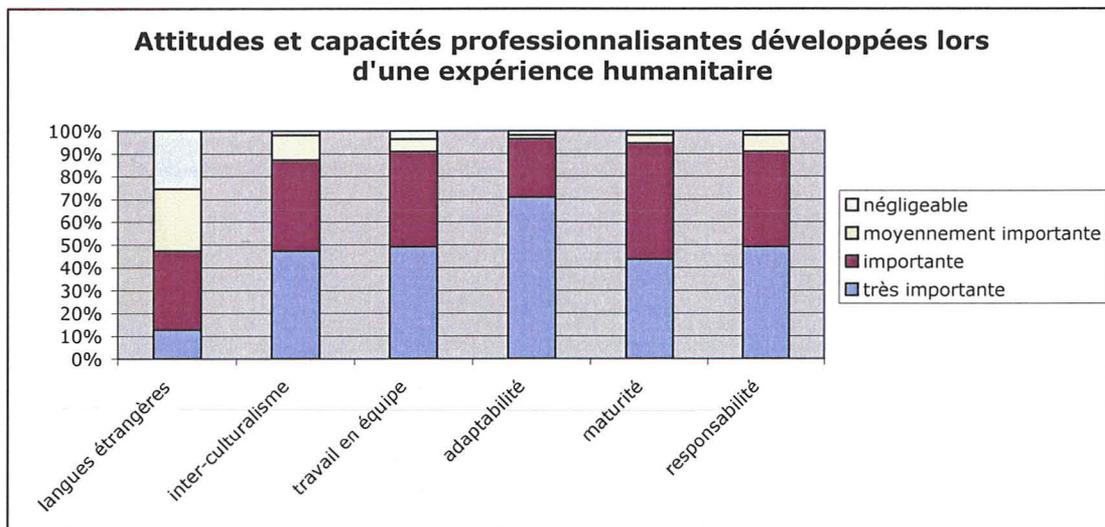
La majorité des répondants a été confrontée à la précarité. Ceci en a modifié leur conception. Plus de 80% reconnaissent qu'il est de la responsabilité du médecin de lutter contre l'exclusion.

On constate de nombreux commentaires rapprochant exclusion et difficultés d'accès au soin.



La maladie est synonyme d'exclusion sociale pour plus de 94% des répondant, et ceci de façon « assez fréquente » pour 68% d'entre eux.

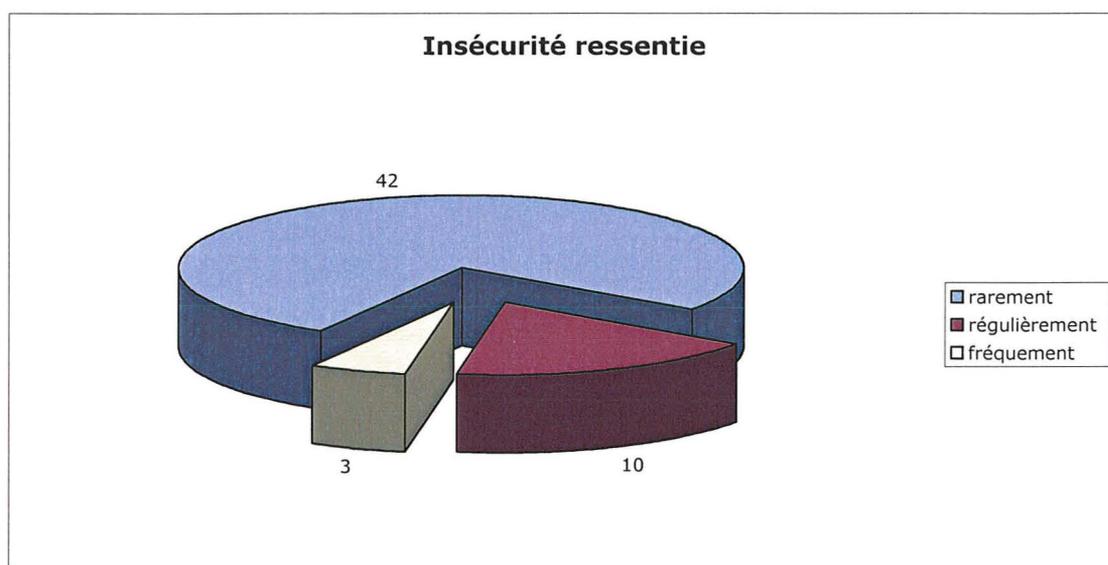
4.2.4.3 Autres capacités et attitudes professionnalisantes:



Dans tous ces domaines le pourcentage de réponse a été très élevé et une majorité semble considérer ces acquisitions de façon « très importantes ».

Les valeurs développées de façon « très importantes » au cours de leurs expériences semblent être l'adaptabilité, suivie du travail en équipe, de l'interculturalisme et de la responsabilité. La maturité reste néanmoins une valeur importante au cours de cette expérience. A noter que les notions d'humilité et d'humanisme sont citées plusieurs fois dans les commentaires.

4.2.5 Notion d'insécurité :



La majorité des répondants estime n'avoir ressenti que rarement l'insécurité au cours de sa mission (77%), 18% parlent d'un ressenti régulier et 5% considèrent avoir ressenti de l'insécurité fréquemment.

La majorité d'entre eux a eu des informations sur la sécurité avant le départ par leur responsable hiérarchique au siège et par le responsable hiérarchique une fois sur place. De plus il semble que des informations émanant du personnel expatrié sur le lieu de mission et du personnel local aient été données au jeune médecin.

Plus de 92% des répondants se sont informés sur la situation du pays dans lequel ils partaient.

Il n'y a pas eu d'évacuation au cours de leur première mission pour la majorité d'entre eux.

En cas d'évacuation, la principale raison semble être le conflit armé. L'évacuation a été assurée par l'ONG.

La majorité pense que face à l'insécurité il est possible de s'adapter mais 39% d'entre eux estiment que cela peut être un frein pour l'action humanitaire.

4.2.6 Opinion sur la validation d'expérience :

Finalement plus de 92% d'entre eux souhaitent renouveler une telle expérience, et 72% d'entre eux estiment qu'une mission humanitaire peut être validée au cours du troisième cycle des études médicales.

ANALYSE

5 ANALYSE:

Nous devons tout d'abord remarquer que la taille de notre échantillon est relativement faible, limitant ainsi nos volontés de représentativité. Il en effet difficile d'évaluer la population réellement concernée par l'engagement humanitaire (manque de référence à ce sujet) mais il semble que le nombre d'internes intéressés par une telle expérience semble bien plus important. Les organismes humanitaires qui ont accepté de participer à cette étude ne drainent en effet qu'une partie de la population ciblée. Certains préfèrent de plus petites structures ou des missions de proximité pour leur première mission.

Un taux de réponse de 50% à ce questionnaire en ligne est remarquable (taux de participation de 10% dans les enquêtes de sciences sociales). Il l'est d'autant plus que la population est éloignée, parfois expatriée ou dans des situations professionnelles instables ou provisoires. De plus des difficultés d'accès à internet, pour cause de mission humanitaire, nous ont été rapportées. Enfin les adresses électroniques sont issues de bases de données datant parfois de plus de 4 ans. Il est possible que certaines d'entre elles aient changé entre temps.

5.1 Généralités sur la population étudiée :

5.1.1 Profil des médecins interrogés :

Nous avons étudié un échantillon de praticiens représentant les forces vives du système de santé de demain. Ayant moins de 35 ans au moment de leur première expérience humanitaire, ces jeunes médecins en activité ont vécu les réformes récentes du système éducatif médical. En concordance avec l'évolution actuelle de la démographie médicale¹⁰, c'est une population majoritairement féminine qui a répondu à cette enquête. L'âge moyen est de 32 ans, à la charnière du monde universitaire et du monde professionnel.

Ils ont effectué leur première mission humanitaire quand ils avaient 28ans, ce qui correspond, selon les estimations actuelles³³, au troisième cycle des études médicales. Plus précisément, cela situe cette expérience à la fin de cursus des internes de médecine générale et au milieu de cursus (en incluant l'assistantat) des internes de spécialités.

Ils ont donc du évaluer leur pratique médicale effectuée 4 ans auparavant. Bien que ce délai puisse constituer une difficulté de remémoration, il favorise l'objectivité de leurs réponses.

On constate que contrairement à la répartition des effectifs de médecin recensés en France par le dernier rapport de l'ONDPS⁹, la proportion de médecins généralistes au sein de notre échantillon est largement majoritaire. La cohorte étudiée n'est pas représentative de la population médicale globale, mais d'une population particulière, déjà sensibilisée. Nous pouvons donc avancer l'hypothèse d'un lien étroit entre la médecine générale et la médecine humanitaire.

Les arguments de cette hypothèse sont multiples. Trois peuvent être avancés :

- **L'intérêt propre du praticien** : les médecins généralistes ont déjà choisi une orientation de santé primaire, ce qui traduit un certain humanisme et une volonté de prise en charge globale. Leur approche systémique du soin les pousse à s'intéresser au contexte de soin. Mû par une certaine curiosité, ils s'intéressent à l'homme et à son milieu de vie.
- **La disponibilité du praticien** : la durée de l'internat et les contraintes d'accès au clinicat ne sont pas les mêmes pour ces deux formations, ce qui influence leur disponibilité à partir en mission.
- **Les besoins du terrain humanitaire** : les organismes humanitaires proposent majoritairement des profils de postes généralistes, en mettant l'accent sur l'adaptabilité.

Quant au sous-échantillon des praticiens de disciplines spécialisées, il est intéressant de noter une proportion importante d'anesthésistes - réanimateurs. Cela peut être analysé de la même manière :

- **L'intérêt propre du praticien** : leur spécialité est par vocation une discipline systémique ayant un intérêt fonctionnel global. Ils sont par ailleurs fins techniciens et maîtrisent un savoir faire général.
- **La disponibilité du praticien** : leur rythme de travail leur permet de ménager des disponibilités, mais de courte durée.
- **Les besoins du terrain humanitaire** : leur spécialité est une discipline d'urgence, particulièrement adaptée à la médecine de guerre et de catastrophe.

On peut donc conclure que le terrain humanitaire semble propice au départ de praticiens orientés vers le soin primaire et la prise en charge globale, étant disponibles et répondants à certains besoins spécifiques du contexte humanitaire.

Dans le cadre de notre problématique, il est intéressant de noter que ce sont en tout 44 internes (IMG et ISpé), soit 65% de la population étudiée, qui auraient pu prétendre faire valider leur expérience au cours de leur troisième cycle.

L'internat semble en effet être le moment propice pour une telle expérience⁵¹. Faute de quoi la population médicale perd en motivation, en particulier en terme d'idéalisme, et elle est surtout moins disponible.

Ainsi en France, on estime qu'une vingtaine d'étudiant ont pu bénéficier d'une reconnaissance de l'expérience humanitaire par leur faculté et CHU de formation (stages conventionnés avec la Croix Rouge Française).

Tout laisse à penser qu'un nombre non négligeable d'internes est intéressé par une mission humanitaire au cours des études médicales, par intérêt personnel, volonté d'engagement et disponibilité. Cependant, l'offre des organismes humanitaires leur est parfois limitée pour des considérations éthiques. Certains pays où se déroule l'action humanitaire refusent l'intervention sur leurs populations de médecins considérés « en formation » dans leurs pays d'origine.

Cet argument auquel l'organisme doit se soumettre, reste cependant négociable si un ensemble de précautions est pris en terme de sélection, de formation et d'évaluation. Il est aussi primordial que le jeune médecin fasse part d'un réel engagement, assurant le dynamisme du projet. Nous pouvons aussi rappeler que ce sont ces mêmes internes qui assurent la prise en charge et soignent nos malades dans les hôpitaux publics français.

5.1.2 Evolution de carrière :

Nous ne pouvons juger de l'influence d'une expérience humanitaire sur le choix de formation, puisque c'est après l'ECN que les personnes interrogées ont vécu cette expérience. En effet notre étude se distingue en cela de celles menées par d'autres auteurs au sein d'une population étudiante non encore déterminée. Là où ils constatent un réel engouement pour une pratique de santé primaire comme la médecine générale, nous ne pourrions qu'étudier les « sous-spécialités » ou domaines d'activités spécifiques de santé primaire qu'ils ont choisis. Ainsi il sera possible de distinguer une pratique de « cabinet libéral » d'une pratique « communautaire »

Il est intéressant de constater que plus d'un tiers de la population étudiée possède actuellement une formation complémentaire. Outre les personnes titulaires d'un Diplôme d'Enseignement Spécialisé Complémentaire (DESC) pour la majorité d'infectiologie, on constate que 6 sont titulaires d'un Master, dont 4 en Santé Publique, et qu'ils sont nombreux à citer des DU d'infectiologie, d'urgence et de santé publique.

Cela nous permet d'entrevoir les domaines d'intérêts professionnels de ceux qui sont partis et leur volonté de parfaire leur apprentissage général. Ils s'orientent donc principalement vers les domaines primordiaux de la médecine humanitaire et les secteurs de soins servant aux populations démunies. Cette constatation est en concordance avec les données de la littérature⁴².

Si nous allons plus avant dans cette orientation professionnelle, il convient de s'arrêter sur la fonction et les activités que pratiquent ces médecins partis en humanitaire.

(Cf 4.1.6.2)

Il convient de revenir tout d'abord sur la diminution apparente du nombre de médecins pratiquant une activité de santé primaire. Ils sont 44 avant leur premier départ humanitaire, mais seulement 37 actuellement. (cf 4.1.6.1)

Il semblerait que les internes de médecine générale ne pratiquent pas la médecine de premier recours dans les suites d'une mission humanitaire, puisque sur les 29 internes de médecine générale, 23 ont actuellement terminé leurs études. Ce chiffre devrait se répartir entre les fonctions d'assistant chef de clinique, PH, et surtout PL. Ce qui n'est pas le cas. Cela ne peut cependant pas être affirmé du fait de la petite taille de l'échantillon et du pourcentage de non répondant à cette question. Ces résultats vont à l'encontre des données de la littérature.

Nous retiendrons que 54% des médecins interrogés pratiquent une activité de santé primaire.

Les autres activités proposées semblent quant à elles en augmentation, en particulier en ce qui concerne l'ouverture à la précarité. Ainsi les praticiens semblent ménager un temps de leur activité aux populations en situation de précarité.

Notre enquête ne nous permet pas de décrire les orientations entre le secteur public et privé. En effet 28% d'entre eux sont encore en formation au moment de l'enquête et 20% n'ont pas répondu à la question portant sur le cadre d'exercice, supposant qu'il est instable ou provisoire, ou qu'il ne correspond pas aux choix proposés. Certaines personnes nous ont contactés par e-mail pour nous faire remarquer l'absence de choix adapté à leur situation : une case « salarié humanitaire » leur aurait mieux convenu. Il nous est donc impossible de

corroborer les études anglosaxonnes dont les résultats montrent une nette attirance pour le secteur publique³⁰.

5.1.3 Cadre humanitaire

(cf 4.1.7.1)

Les personnes parties avec MSF se rendent majoritairement sur des missions d'urgence (51%), de même qu'avec MDM. Les personnes parties avec la CRF sont exclusivement amenées à faire du développement. Les personnes parties avec AMI se partagent entre mission d'urgence et de réhabilitation.

Les jeunes médecins partent majoritairement dans un contexte d'urgence pour leur première mission. Vocation première de Médecin Sans Frontière, c'est à cet organisme qu'ils s'adressent pour la plupart. De part sa notoriété, cette structure attire un grand nombre de médecin. Peut être représente-t-elle le mieux les valeurs et les attentes de ceux qui aspirent à partir en mission humanitaire : engagement, indépendance, intervention en zone de conflit, professionnalisme et témoignage. Il se peut que ce soient les moyens et les méthodes mis en œuvre qui rassurent le jeune médecin. En effet la plupart témoigne de conditions d'encadrement et d'approche sécuritaire assurant une pratique adaptée au contexte local au sein d'une équipe expérimentée.

Choisissant le terrain de l'urgence, certains n'ont pas hésité à se rendre sur des zones de conflits telles que le Nord Kivu (conflit Hutu et Tusti à la frontière entre la République Démocratique du Congo et le Rwanda) le sud Soudan (conflit multi ethnique sur fond de guerre civile), ou le Darfour.

Quant aux jeunes médecins choisissant de partir dans une mission de développement, ils s'adressent à MSF et MDM, mais aussi à la Croix rouge Française (CRF). Bien qu'ayant un mandat d'intervention d'urgence, la Croix Rouge Française, propose aux internes depuis 2006, de partir sur des programmes de développement dans le cadre de conventions avec les CHU.

La structure Médecin du Monde propose quant à elle, les deux types de programme. Bien que jouissant d'une notoriété auprès des médecins français, ils sont assez peu à être partis avec cette structure pour leur première mission. Mais ces résultats sont difficiles à apprécier dans la mesure où l'échantillonnage fait à partir de la base de données de MDM s'est limité à 25 personnes.

On peut avancer un biais de recrutement par différence d'échantillonnage rendant ambiguë toute analyse de répartition des médecins auprès de ces différentes structures.

Pour analyser la réelle tendance « urgentiste humanitaire », peut être serait-il intéressant de rapprocher ce choix des orientations pédagogiques des études médicales et du caractère interventionniste de la médecine Française ?

Enfin il est intéressant de constater que la durée moyenne des missions était de 3 à 6 mois, ce qui correspond à la durée des stages cliniques des étudiants en troisième cycle des études médicales.

5.1.4 Temps de travail humanitaire

Loin de vouloir mesurer une implication dans son travail par le nombre d'heures que l'on y passe, nous nous sommes intéressés au volume horaire d'une mission humanitaire afin de mettre en lumière la charge de travail que représente cet engagement. Nous répondons là aux interrogations de certains confrères qui trop souvent encore, rapprochent humanitaire et « tourisme ».

Qu'une telle expérience puisse constituer un réel apport culturel, et c'est là un des objectifs de notre travail, ne suffit pas à la rapprocher de l'initiation culturelle que constituent les voyages touristiques. De plus, ce qui choque dans de tels propos, c'est la connotation péjorative, du touriste « arriviste ». Cette insinuation à l'égard du praticien s'engageant en humanitaire mérite de s'y arrêter.

Nous rappellerons que cette expérience est basée sur une volonté d'engagement qui sous tend la motivation et l'implication du médecin dans sa

tâche. Même si, au même titre que dans sa pratique en France, il n'est pas tenu à une obligation de résultat, il s'engage par contre à mettre tous les moyens en œuvre pour répondre aux besoins d'une population précaire. Dans ce cas précis sa disponibilité et son dévouement seront ses principales forces. Face à la misère, il ne peut rester les bras croisés. Il est même souvent prêt à se sur-investir parfois au risque de s'y perdre.

Travaillant plus de 10h par jour et parfois 7jours sur 7, il ne lui reste que peu de temps pour dormir, et encore moins pour un circuit touristique.

De plus, le professionnalisme actuel des structures enquêtées garantit l'encadrement et l'efficacité des projets dans lesquels le médecin doit s'impliquer. Il n'est plus lâché dans la jungle, sans outils ni contrôle sur ses faits et gestes, comme certains préjugés tenaces pourraient encore le laisser supposer.

Il semble donc que cette notion de tourisme humanitaire soit complètement désuète à l'époque d'une action humanitaire professionnelle. Peut être est ce là l'un des héritages laissés par certains « French's doctors » il y a maintenant plus de 30ans...

5.2 Formation médicale humanitaire

5.2.1 Généralité sur l'encadrement pédagogique :

5.2.1.1 Sélection

Nous n'avons pas abordé la question de la sélection qui constitue le premier acte pédagogique. Il nous a semblé en effet peu pertinent d'interroger les praticiens à ce sujet, quand ceci relève de la responsabilité de la structure d'accueil humanitaire. Toutes les structures interrogées pratiquent des entretiens de recrutement assurés par des services de ressources humaines. Il existe en effet une rigueur dans ce type de sélection permettant d'éviter beaucoup d'écueils sur le terrain. Les critères de sélections des médecins sont leur motivation et leur capacité à se projeter. Les organismes humanitaires s'assurent que la volonté

d'engagement est bien présente et pour de saines raisons. Il n'est par contre pas courant de tester le médecin sur ses compétences. Les organismes humanitaires qui recrutent des médecins s'en remettent en général aux justificatifs de formation médicale apportés par le praticien et ne se permettent que rarement d'évaluer les compétences médicales de celui-ci. Cette confiance en la formation des médecins français traduit là un transfert de responsabilité de la part des organismes humanitaires, vers les organismes de formation. Les médecins partis en mission humanitaires sont donc sélectionnés par des organismes externes à leur formation qui les évaluent sur des critères essentiellement motivationnels afin de repérer leurs capacités d'adaptabilité, déterminant leurs compétences opérationnelles.

Même si les organismes humanitaires expriment souvent un manque de médecin, il est souhaitable qu'ils ne négligent pas les processus de sélection pour autant.

5.2.1.2 Formation

La formation pré-départ doit comporter les pré-requis minimums avant tout départ en mission humanitaire. Or, on constate que pour la majorité des personnes interrogées, ces pré-requis se limitent à la formation médicale universitaire. Il semble donc que la population médicale partie en humanitaire n'a pas reçu de formations spécifiques ou du moins adaptées aux particularités du terrain humanitaire. A contrario, cela peut aussi indiquer que les pré-requis médicaux nécessaires à l'action de terrain sont acquis lors de la formation universitaire. Nous rappellerons que cette expérience a eu lieu pour la majorité, au cours de leur 3^{ème} cycle.

Le terme « formation universitaire », en réponse à la question portant sur la formation pré-départ, peut être ambiguë de part son contenu. Il semble cependant qu'il englobe la formation médicale initiale et les diplômes universitaires complémentaires que nombre d'entre eux listent en réponse à la question N°4. Rarement spécifique du domaine humanitaire, ils regroupent cependant des enseignements complémentaires de disciplines utiles à la

pratique en terrain humanitaire (DU infectiologie et médecine tropicale, Capacité d'urgence, DU de pédiatrie...) Ils ne sont que quelques uns à avoir fait une formation orientée sur la santé publique, ou l'international.

Il est par contre presque systématique de recevoir une formation pré-départ par l'organisme humanitaire. En effet, nombreux sont ceux qui ont reçu ce type de formation de qualités variables selon leurs commentaires, qui leur a permis de mieux appréhender les questions culturelles, organisationnelles et pratiques avant leur départ. Les organismes humanitaires abordent donc des domaines de compétences spécifiques, en complément des études médicales. Mais ces formations sont malheureusement trop souvent faites dans la précipitation au moment du départ, pour des raisons de disponibilité.

Nous émettrons 2 remarques quant aux réponses sur la formation pré-départ :

- Les instituts spécialisés et autres organismes privés de formation, tel que ceux proposés semblent peu fréquentés par le personnel médical interrogé. Des questions de coût, de disponibilité voire d'intérêt personnel pourraient en être la cause.
- Un nombre non négligeable d'internes estime être parti sans aucune formation pré-départ.

5.2.1.3 La supervision

La supervision du médecin sur le mode d'un tutorat a été appliquée pour 20% d'entre eux par un intervenant sur place et un intervenant à distance. Cet encadrement qui semble nécessaire, permet une coordination opérationnelle et réflexive assurant le soutien et la bonne conduite du jeune médecin au cours de sa première mission. Ce modèle proposé par certains auteurs⁴² semble être le gage d'un réel enseignement pédagogique puisqu'il assure un lien avec sa formation initiale et un apprentissage dispensé par un pair sur place. Malheureusement ce modèle idéal n'est pas appliqué pour la majorité des médecins au cours de leur première mission. Un tutorat est plus ou moins assuré

par une personne à distance qui connaît la situation locale. Ce modèle a l'avantage de favoriser une prise de recul par rapport aux problèmes rencontrés sur place et force à prendre un temps de réflexion et d'analyse permettant d'éviter les erreurs trop souvent commises par des décisions à chaud. Mais se pose alors le problème de communication bien souvent difficile dans le contexte de l'action humanitaire. Les délais sont parfois trop longs entre l'information et la prise de décision. C'est cette inertie qui est souvent reprochée par les médecins interrogés. C'est cette même inertie qui pousse aussi souvent le médecin en situation de stress à assumer la prise de décision en accord avec l'équipe locale. Il est malheureusement regrettable de voir que dans le cadre d'un premier départ, 21% des personnes interrogées n'ont pas été encadrées.

5.2.1.4 L'évaluation

Comme nous avons pu le constater dans la première partie, l'évaluation est une des clefs du processus pédagogique. A ce titre elle est primordiale dans le cadre d'une expérience humanitaire formative. Il est donc intéressant de constater que plus de 95% ont bénéficié d'une évaluation. Qu'elle soit continue ou finale, l'évaluation des médecins est réelle, au même titre que toutes autres personnes partant avec les organismes humanitaires interrogés. On peut reconnaître à ces structures humanitaires de références, l'importance qu'elles attachent à l'application du processus de qualité et de capitalisation des ressources humaines.

Une faible proportion de personnes n'a aucunement été évaluée (4 personnes), et il n'est pas mis en évidence de facteurs expliquant cela dans cette étude.

Nous pouvons donc considérer que les médecins aspirant à une expérience humanitaire devraient être pré-sélectionnés par les universités sur des pré-requis médicaux adaptés au terrain humanitaire, puis sélectionnés par les organismes humanitaires sur des critères opérationnels. La formation pré-départ doit être améliorée. Elle devrait être dispensée par des personnes ayant une expérience de terrain et intégrer une plus grande préparation à leurs fonctions médicales.

Lors d'une première mission, un tuteur sur place et un expert à distance doivent accompagner le jeune médecin. Enfin une évaluation finale est obligatoire et devrait être formative.

5.2.2 L'apprentissage technico-médical :

Cette expérience permet un réel apprentissage clinique, pour les disciplines d'infectieux, de pédiatrie et de nutrition. Peu importe le type de programme ou la fonction du médecin au moment de son premier départ, le médecin progresse dans son acquisition de compétence pour ces trois disciplines. Ces résultats viennent confirmer les informations issues de la littérature^{8,32,43}. Nous avons remarqué que les médecins généralistes en retirent un apprentissage plus complet que les spécialistes.

Si l'apprentissage est sans équivoque, l'utilité de ces compétences l'est moins. En effet, la plupart constatent que ce qu'ils ont appris au cours de leur première mission n'est pas utile dans leur pratique quotidienne. Seules les compétences de pédiatrie et d'infectieux sont les plus utiles à cet échantillon de praticiens exerçant majoritairement une activité de santé primaire. Or, comme nous avons pu le constater dans notre première partie, c'est dans ces disciplines que l'on retrouve les principaux motifs de consultations des population précaires en France¹⁴. Ainsi, l'apprentissage au cours d'une expérience humanitaire peut apparaître sans grand intérêt pour la pratique future, si ce n'est qu'elle renforce manifestement des compétences médicales nécessaires au soin des populations en situation de précarité.

5.2.3 L'apprentissage de santé primaire :

Nous avons demandé aux personnes interrogées de se replonger dans des situations vécues, au cours desquelles ils pensaient avoir accompli des tâches

correspondant aux compétences propres de la médecine générale - médecine de famille.

Le constat est sans équivoque : le contexte humanitaire semble un terrain riche en situations de soin complexes, poussant le praticien à exécuter l'ensemble des tâches de santé primaire. En effet, la majorité d'entre eux a répondu positivement et a relaté des exemples concrets. Le simple fait de les avoir vécu ne justifie pas pour autant leurs acquisitions, mais l'analyse des exemples donnés peut nous permettre d'identifier les capacités mises en œuvre et les compétences ainsi développées.

A la question se rapportant à la **gestion de soin**, un médecin rapporte une « *prise en charge d'un enfant arrivant au centre de soin pour dénutrition* ». Il assurait donc le premier contact du patient avec le système de soin. Il dû par la suite coordonner un enchaînement de soins : « *vaccination, dépistage et traitement du VIH, prise en charge psycho-sociale* » faisant intervenir d'autres professionnels de santé.

Témoignage d'une médecin généraliste de 32 ans : « *(je devais) assurer les soins pour une jeune fille atteinte d'une cardio-myopathie : (j'ai donc eu à) gérer sa prise en charge sur place, sa prise en charge en capitale (examen complémentaire, avis spé) + coordination de son dossier auprès de la chaîne de l'espoir.* » Dans cet exemple, on retrouve la notion de coordination des soins, et apparaît celle de protection du patient.

Plus précis, ce témoignage d'une jeune médecin généraliste de 31 ans : « *C'était ma pratique quotidienne. Dans les cas les plus complexes je gérais à domicile (disons un pied diabétique) jusqu'à convaincre la patiente de se faire hospitaliser. A l'hôpital nous étions très présents, on apportait les médicaments (et la nourriture, les draps...) et discussions avec l'équipe médicale pour accepter ou non leurs propositions de traitement. La médecine russe repose parfois sur des concepts étranges, le tout étant de ne vexer personne, tout en évitant de tuer le patient. Dans ce cas particulier, j'ai refusé l'amputation du pied proposé (patiente de 80 ans, vivant seule...) et je l'ai envoyée à Tbilissi. Comme l'Abkhazie est*

légèrement en froid avec la Géorgie -et vice versa- ça demandait des papiers, autorisations des services de sécurité de l'Etat etc... La coordination de soins à Tbilissi se faisait grâce à l'équipe locale de MSF qui contactait les hôpitaux munis des dossiers préalablement préparés chez nous ». Chargé de détails, l'intensité du vécu vient appuyer la compréhension globale de l'environnement dans lequel elle a exercé. Elle démontre ainsi une compétence de gestion de soin.

En ce qui concerne **le soin centré sur la personne**, l'exemple suivant est parlant : *« (le patient) VIH est toujours très stigmatisé au Niger. (il faut) savoir parler à l'entourage du patient, vivant sous le même toit. Veut-il, peut-il annoncer la maladie à son entourage? Comment vivre avec un séropositif? etc... »* le praticien crée une relation de confiance avec le patient. Il tient compte de son appréhension à l'égard de son entourage pour envisager la continuité de soin. Dans le même ordre d'idée, cet exemple : *« Soins à une patiente de 75 ans, victime d'un traumatisme du bassin, mère d'un chef de gang des bidonvilles, nécessitant donc une gestion différente et une protection via l'anonymat. »*. L'approche est centrée sur la personne, elle est pleinement dépendante des volontés de celle-ci, mais elle la recadre dans son environnement et la gestion du soin s'en trouve modifiée.

La notion de **prise de décision spécifique** semble elle aussi intégrée. En effet des réponses telles que *« Protocoles MSF très "solides" et validés par une puissante expérience du terrain. Je crois qu'il y a très peu de cas de figures échappant aux protocoles mis en place. »* laisse supposer que le praticien a pris conscience de l'importance de l'adaptation des processus décisionnels en fonction de l'incidence et de la prévalence sur place. De même ce second type d'exemple *« prescription d'antituberculeux uniquement sur pleurésie lymphocytaire et clinique en faveur de Tuberculose; malgré BK négatifs et absence de radio (non possible sur place) »* remet en question les consensus

médicaux mais la démarche médicale se veut opérationnelle. Quant à ce dernier exemple « *plus de moyens à disposition : ce sont eux qui nous font nous écarter des consensus.* », il nous permet de préciser qu'en contexte humanitaire la prise de décision est dictée non seulement par les caractéristiques épidémiologiques, mais aussi par les moyens limités.

Pour savoir s'ils ont développé une **approche de soin globale**, nous leur avons demandé d'évaluer le temps consacré en mission humanitaire aux tâches de sensibilisation, prévention, et éducation de santé. Les exemples cités : « *hygiène, eau de boisson propre, hydratation suffisante, conseil diététique* » ou « *prévention de la transmission materno-infantile, éducation sur les modes de transmission, éducation à l'observance.* » témoignent d'une prise en compte des besoins sanitaires de base dans leur pratique. Pour ces praticiens partis majoritairement dans un contexte d'urgence, l'éducation de santé représente 50% de leur pratique en humanitaire et la prévention 30%. Nous pouvons donc considérer que cette expérience favorise l'approche globale du soin.

En ce qui concerne l'**orientation communautaire**, même si la majorité estime ne pas avoir été confrontée à cette situation, certains commentaires font état de situations concrètes de mise en balance du soin individuel au profit de la société. Exemple: « *ne pas donner de traitement à un patient déjà multi-résistant et/ou non compliant pour éviter le développement de résistances nouvelles* » ou « *favoriser les actions de prévention de la transmission et le dépistage du VIH plutôt que le traitement individuel.* ». Ils ont du relativiser leurs soins dans le but d'avoir une action globale efficace. Il est surprenant d'obtenir une réponse majoritairement négative à cette question, dans la mesure où l'action humanitaire se fait la plupart du temps auprès d'un groupe d'individu. Pour étendre et asseoir sa politique de santé primaire, elle utilise très souvent une approche

communautaire. Peut être nous heurtons nous à une limite de notre questionnaire. La formulation de la question n'a pas été pertinente.

Enfin, **l'adoption d'un modèle holistique** a été très richement illustré. Cette compétence semble avoir été grandement développée au cours de leur expérience. Ainsi, «*Pas de viande pendant la grossesse chez les indous* », ou « *pas de traitement par ARV si le patient n'est pas prêt à accepter sa maladie ou s'il n'a pas compris l'importance de l'observance...donc compréhension du mode de transmission, pas de sorcellerie* » sont les exemples les plus frappants qui montrent une prise en compte des conceptions culturelles, religieuses et existentielles.

Par ces exemples concrets, nous pouvons illustrer les compétences de soin primaire qui ont été développées par la plupart des praticiens interrogés, qu'ils soient spécialistes ou généralistes. En France elles ne sont abordées qu'à partir du stage de troisième cycle, en particulier lors des stages hors CHU, au cœur de l'environnement de vie du patient. La richesse des situations rencontrées en humanitaire n'a cependant pas d'égal. A cela vient s'ajouter l'implication et la responsabilisation du praticien qui sont les conditions nécessaires à l'acquisition de compétences de santé primaire.

5.2.4 L'apprentissage de santé publique

Comme le souligne H. Paret dans l'introduction de son livre « Humanitaire et Santé Publique » (éd. L'Harmattan 1997), « *les connaissances de santé publique et la gestion de la santé publique...font souvent défaut aux personnels médicaux et paramédicaux engagés dans l'action humanitaire. En effet le champ de l'action humanitaire dépasse la médecine et s'intéresse au problème de l'eau, de*

*la nourriture et de l'hygiène. Le médecin doit donc agir en homme de santé publique et gérer les besoins d'une population. Pour cela des méthodes et des outils de santé publique lui sont nécessaires »*⁵³. Les constats initiaux qui ont été faits dans la première partie de notre travail nous portent à croire que ces outils seraient aussi nécessaires pour mieux répondre aux besoins d'une population marginalisée en France.

Les résultats de notre enquête confirment la pratique de tâches de santé publique au cours d'une première mission humanitaire.

On constate ainsi, qu'ils sont en effet plus de 85% à avoir utilisé l'outil épidémiologique (recueil de données, analyse et rédaction de rapport) comme méthode diagnostique à l'échelle d'une population. De même, nombreux sont ceux à avoir participé aux processus de gestion (humaine, planification, programmation...) dans des domaines de santé préventifs (éducation, sensibilisation, prévention, vaccination...). Cette expérience de management a l'intérêt de mettre le praticien face à son devoir de prise de décision et de résolution de problème. Ainsi on retrouve ici, sous des angles différents (macroscopique pour la santé publique et microscopique pour la santé primaire) l'apprentissage de capacités et la progression vers des compétences communes aux deux domaines : la gestion des soins, la capacité spécifique à la résolution de problème, et l'approche communautaire.

Ces outils de base pour la santé publique sont enseignés de façon théorique au cours du deuxième cycle des études médicales, mais la mise en pratique et par conséquent son apprentissage sont réservés aux internes ayant choisi cette spécialité. Les futurs praticiens des soins de santé primaires doivent quant à eux une fois de plus se former sur le tard, lors de leurs stages cliniques, et plus particulièrement en libéral. En effet l'approche communautaire des soins de santé primaires est par définition extérieure au système médico-hospitalier.

Il semble donc que cette expérience humanitaire soit l'occasion de découvrir le potentiel de certains outils et méthodes de santé publique pour la gestion de santé d'un groupe d'individu. En particulier, l'approche communautaire dans laquelle devrait s'appliquer les soins de santé primaires.

Preuve en est, les praticiens interrogés reconnaissent majoritairement (plus de 73%) l'utilité d'un tel apprentissage dans leur pratique par la suite (60% ont une activité de soins de santé primaires).

Nous citerons pour exemple, certains commentaires à ce propos :

-« l'épidémiologie et la conception d'un projet, ça sert pour l'évaluation des pratiques professionnelles à la mise en place de dépistage et la constitution d'un réseau médical pluridisciplinaire ou d'un collectif médical dans la pratique courante ».

-« pendant le clinat : mise en place de la cancéro digestive au sein du service de gastro. Mise en place protocoles, consultation d'annonce, réception des familles, organisation de l'hôpital de jour, améliorer le travail en équipe etc...je ne pense pas que j'aurais eu l'idée ou la capacité d'organisation comme celle-ci sans expérience avant de gestion de projets ».

5.3 Utilités et autres domaines de compétences :

Si certaines disciplines médicales (Infectieux, pédiatrie, nutrition...) ont été identifiées à haut potentiel d'apprentissage, l'utilité de ces compétences dans la pratique quotidienne est moins évidente. Il semble en effet que le savoir et le savoir faire médical acquis au cours d'une expérience humanitaire n'est que partiellement transposable dans le système de soin où travaillent actuellement les praticiens.

Par contre, ils sont une majorité à avoir développé des compétences qui sont les piliers de la médecine générale – médecine de famille en France. En effet, la formulation des commentaires confirme l'acquisition de savoir faire et de savoir être dans la spécialité de santé primaire. Si le jeune praticien a été poussé à développer ses capacités et ses attitudes en terrain complexe humanitaire, tout porte à croire qu'il pourra les appliquer dans son système de santé d'origine. Forgées dans une logique de moyens limités, ces

capacités lui permettront peut être même d'améliorer l'efficacité et la rentabilité du système dont il sera acteur.

Comme nous l'avons remarqué, les compétences de santé publique sont elles aussi enrichies au cours d'une expérience humanitaire. Il est par contre surprenant de voir à quel point les tâches ainsi exécutées, parfois même expérimentées, sont reconnues utiles par une grande majorité des praticiens interrogés. Il est en effet peu courant en médecine générale libérale (majorité des personnes interrogées à l'heure actuelle) d'avoir à recueillir des données épidémiologiques, de devoir les analyser, voire même de participer à des campagnes de sensibilisation. Il est encore moins courant de participer à l'élaboration de projet de santé. Mais cet apprentissage se révèle très utile grâce aux capacités qui sont communes à la santé publique et à la santé primaire : la gestion, l'aptitude à la prise de décision spécifique, la médecine préventive, l'approche globale et l'orientation communautaire.

Une fois de plus, il ressort de cette étude que les praticiens interrogés ont développé au cours d'une expérience humanitaire des savoirs faire spécifiques des soins de santé primaire et qu'ils les utilisent à l'heure actuelle.

Ainsi le jeune praticien parti en humanitaire au cours de sa formation aura enrichi son savoir faire dans le domaine de santé primaire, mais il aura aussi développé d'autres attitudes professionnalisantes, enrichissant son savoir être.

Notre recherche a porté principalement sur les capacités interculturelles et la conduite du praticien face à la précarité.

La plupart des praticiens ont ouvert leurs conceptions socio-culturelles au cours de cette expérience :

- Ils ont été confrontés à des cultures et des notions existentielles éloignées des leurs.

Exemple : « remise en question complète d'un certain nombre de dogmes occidentaux, du bien et du mal ». « L'homme malade reste toujours libre »

- Pour accomplir leur tâche professionnelle, ils ont du intégrer ces notions dans leurs protocoles de soin. Ils ont été contraints d'adapter leurs soins au patient et non pas l'inverse.

Exemple : « modification de traitement parfois nécessaire pour le rendre acceptable par le patient selon ses convictions, son mode de vie ». « plus de patience et de compréhension sur une vision autre de la santé, rapport à la mort »

- Une fois rentrés en France, ils ont pris conscience de l'impact de l'interculturalisme sur leur approche clinique. Celle-ci s'en est trouvée modifiée, en particulier face aux populations migrantes, rendant leur soin alors plus utile.

Exemple : « je pense plus facilement aux problèmes que les patients de culture différente n'évoquent pas toujours ». « Examen clinique avec des gants mal vécu, port de masque idem »

Cette confrontation suivie d'une acceptation et enfin d'une utilisation démontre une réelle progression des compétences interculturelles grâce à l'expérience humanitaire. Et comme nous l'avons démontré dans notre première partie, cette attitude est essentielle pour éviter l'exclusion des soins de toute une population migrante ou minoritaire au sein de notre propre système de santé. Le commentaire suivant en est la parfaite illustration : à la question « Avez vous été confronté à des cultures complètement différentes de la vôtre lors de votre expérience humanitaire ? » un des praticiens répond

positivement et ajoute en commentaire : « c'est vaste, même sur la mission à Paris, la prise en charge des migrants confronte à cela... ».

Nous nous sommes par ailleurs intéressés aux évolutions d'attitude du médecin face à la précarité. Les questions posées à ce sujet permettent là aussi de retracer les mêmes processus de prise de conscience et d'intégration engendrés par une expérience humanitaire : le médecin se confronte souvent pour la première fois à la précarité, les objectifs de son programme d'assistance aux plus démunis le poussent à s'y immerger, il en ressort avec une perception modifiée. Comme le laisse entendre ce commentaire : « l'ensemble des soins prodigués à une population particulièrement défavorisée et l'attitude vis à vis de ces patients m'aide encore à l'heure actuelle dans la prise en charge en médecine générale en France dans des situations de précarité de certains patients », cette expérience trouve écho dans la pratique quotidienne. L'opinion des médecins interrogés quant au lien qu'il existe entre l'état de santé et l'exclusion sociale, porte à croire qu'ils sont conscients de leurs responsabilités dans le socle social de notre propre système. Ils ont expérimenté au cours de leur expérience humanitaire ce concept élaboré par Didier Fassin, directeur de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), faisant de la santé un outil de construction sociale⁵⁴.

Ayant lui même côtoyé et vécu la précarité, il lui est plus facile d'en apprécier la cascade d'évènements essentiels menant à la perte des sécurités de bases. Il peut alors réordonner son soin en fonction des besoins et des attentes du patient. Il pourra par exemple prescrire à moindre coût, temporiser son soin et privilégier l'organisation d'un suivi rapproché sous forme de soutien, entre lui et d'autres acteurs sociaux. De même qu'en cas d'urgence ou de problème grave, il saura orienter et défendre le droit d'accès aux soins. Par son écoute et son absence de jugement, il aura surtout un rôle de médiateur. C'est ainsi qu'il pourra aider la personne malade qu'il a en face

de lui à retrouver sa dignité, première pièce manquante de sa vie fragmentée en puzzle.

De manière plus générale, il nous est possible de faire état d'autres capacités et attitudes professionnalisantes, elles aussi développées au cours d'une expérience humanitaire. Les capacités en langues étrangères sont de toute évidence améliorées. Cela participera au développement des compétences de communication du praticien. L'adaptabilité, la responsabilité et la maturité semblent être les principales attitudes enrichies au cours d'une telle expérience. Elles représentent les clefs indispensables d'un comportement professionnel et d'une bonne pratique. Elles permettent tout simplement un développement personnel utile au bien être de l'individu.

C'est donc dans les domaines des soins de santé primaires, de l'interculturalisme et de la précarité, qu'une expérience humanitaire sera bénéfique pour le praticien. Elle lui apportera un savoir faire et surtout un savoir être faisant de lui un professionnel impliqué dans son rôle social. Elle fera de lui un individu ouvert et responsable.

5.4 La sécurité :

Cette notion est une des bases des sociétés développées dans lesquelles nous évoluons. Elle est même une quête permanente, pour ceux qui cherchent à se protéger contre des risques hypothétiques. Le besoin de sécurité nous force donc à l'anticipation. Parfois poussé à son paroxysme, il n'est pas rare d'entendre parler de « sur – protection ». La sécurité devient alors un mécanisme qui alimente la peur.

Dans les milieux où se pratique l'humanitaire, par définition, c'est dans un contexte d'insécurité qu'évoluent les populations et par conséquent les acteurs

humanitaires. Telle la coque percée d'un navire, l'insécurité est une fuite permanente et une instabilité que chacun essaie de combler, de panser. Détournant du cap à mener, l'essentiel est de ne pas sombrer. L'insécurité oblige les populations locales à réparer et à assurer les besoins de bases. Elle force donc au curatif et laisse peu de place à l'anticipation. Dans ces contextes où à chaque jour suffit sa peine, tel le vent du hasard menant ce navire sans barreur, les individus démunis laissent au fatalisme le soin de s'occuper de ce que demain sera fait.

Ceci est l'une des premières raisons pour lesquelles il est primordial de se poser la question : « Comment allons nous nous comporter dans ce contexte d'insécurité ? ». Cela constitue l'un des principaux changements de repère pour le futur acteur humanitaire.

L'autre raison d'aborder la notion de sécurité, nous est malheureusement rappelée régulièrement dans les médias. Les acteurs humanitaires en zone de conflit peuvent être la cible d'attaque ou d'enlèvement. Un regain de violence à l'encontre des acteurs de solidarités internationales est pointé du doigt par P. Micheletti dans son dernier ouvrage⁵⁰. Faisant les frais d'une globalisation qu'ils ont eux même répandue, les acteurs humanitaires se retrouvent actuellement instrumentalisés par les groupes radicaux qui tendent à imposer le « choc des civilisations » comme nouveau rapport de force à l'échelle mondiale. L'amalgame avec les autres acteurs des scènes internationales (militaires, organismes internationaux, organismes confessionnels...) annule la protection que leur conféraient leurs bannières, et doit les pousser à une plus grande transparence. *« Comprendre, écouter, expliquer encore et encore...règles d'or de toutes ONG responsables, conscientes des risques qu'elles font courir à leurs personnels...c'est la connaissance du pays et les liens qu'elles savent tisser et de leur relation avec les dirigeants que dépendent désormais leur capacité d'action. »*.

Il incombe donc à l'organisme d'assurer la responsabilité du personnel expatrié. Pour cela il doit se doter de moyen de communication et d'analyse. Ce n'est qu'à ce prix qu'il pourra tout d'abord apprendre à connaître les risques encourus.

Viendra ensuite l'analyse et le choix d'un positionnement que chaque expatrié devra adopter, conscient de ces enjeux. La résultante sera la transparence de l'organisme sur le terrain, relayé par l'attitude et les messages clairs et univoques de ses représentants. Loin de nier les risques, cette stratégie semble le prix à payer pour arriver à la gestion du risque et non pas à l'annulation inconcevable du risque. Cette stratégie de gestion du risque est mise en œuvre dans la plupart des organismes humanitaires de référence français (MSF, MDM, ACF...)

C'est donc pleinement conscient des risques pris par le personnel expatrié, qu'il nous est apparu important de connaître leur opinion à ce sujet et d'analyser les moyens mis en œuvre au cours de leur première mission pour limiter ces risques.

La première question du ressenti nous renseigne sur deux choses :

- La présence d'un climat d'insécurité au cours de la première mission : pour la majorité (42 personnes) ce n'était que rarement. Ce qui laisse penser que les mesures adéquates ont été prises par l'organisme humanitaire.
- Mais la notion de ressenti nous permet aussi d'appréhender la différence entre le vécu et la réalité de la situation. Pour aller plus avant dans cette analyse, il nous faudrait comparer le ressenti et la véracité des risques encourus. Ce n'est qu'à ce prix que nous pourrions décrypter les facultés d'appréciation du risque de ces praticiens. Mais notre enquête touche là à ses limites et nous prive de reconnaître une autre capacité professionnalisante. Mais si nous n'avons pas accès à l'évaluation de cette capacité de jugement, le ressenti nous renseigne sur les mécanismes utilisés pour arriver au jugement. Dans le cas très précis de l'insécurité, le ressenti peut être décomposé comme la résultante de la préparation et de l'adaptation du praticien exposé aux risques. Au vu des résultats, pour la plupart cette adéquation a été bonne. En cela, les résultats de la question 52 nous renseignent sur les bonnes capacités d'adaptation des praticiens

interrogés. Nous reconnaissons de même aux organismes dans lesquels les jeunes praticiens sont partis, une bonne préparation à l'insécurité.

Cette préparation à l'insécurité se base essentiellement sur l'information qu'est capable de dispenser l'organisme.

Nos résultats confirment cela, car une bonne circulation de l'information a eu lieu avant le départ mais aussi sur place.

Enfin, nombreux sont ceux qui se sont documentés, qui ont cherché l'information. Cette méthode personnelle de préparation dépend de la motivation et de l'engagement du praticien. On peut donc dire, au vu des résultats que la motivation est forte et qu'elle est le gage d'une bonne préparation et par conséquent d'une bonne adaptation.

Dépassant le stade de la préparation, nous nous sommes intéressés à l'autre partie du processus de gestion de l'insécurité. Dernière soupape, l'évacuation traduit une perte de contrôle des risques et de fait, les limites de l'action humanitaire. Véritable maillon de sécurité, l'évacuation doit cependant être planifiée, et connue de tous car elle constitue la dernière carte de sécurité de l'acteur humanitaire. Nos résultats prouvent heureusement que ce maillon n'est que rarement utilisé, si ce n'est aux cours de conflits armés, et qu'il est assumé par l'organisme humanitaire lui-même.

Il nous semble important de conclure sur l'importance des capacités de gestion de l'insécurité. Elles nous tendent non seulement l'envoi de nos praticiens, mais surtout l'action humanitaire elle-même. Au delà de la stabilité relative du pays dans lequel se déroule le projet humanitaire, l'organisme humanitaire doit garantir son investissement dans des moyens d'information, de communication, d'écoute et d'analyse, afin de rendre transparent leurs relations et leur action sur place. C'est ainsi que seront évités les malentendus et amalgames d'où naissent les violences à l'égard du personnel expatrié.

En cas de nécessité, l'organisme doit assumer l'évacuation de son personnel.

5.5 Intérêt de l'expérience humanitaire dans le cadre de la formation médicale:

Afin d'argumenter la réponse à notre problématique, nous reprendrons les différents objectifs de ce travail.

L'objectif principal était de *démontrer la validité pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire.*

Nous constatons dans notre étude, comme d'autres auteurs l'ont déjà souligné dans d'autres pays, qu'un jeune médecin français en fin de cursus est non seulement capable de partir en mission humanitaire, mais qu'il en retirera de nombreuses capacités et attitudes qui l'aideront à acquérir les compétences d'un bon professionnel de santé. Ces capacités et apprentissages concordent avec les objectifs des stages cliniques de troisième cycle. Selon la population étudiée, les stages SASPAS et 6^{ème} semestre libre seraient susceptibles d'être remplacés par une mission humanitaire dans le cursus de médecine générale. Dans une filière de spécialité, c'est le stage libre hors filière qui est proposé dans les commentaires. Si 72% d'entre eux estiment qu'une mission humanitaire peut être validée au cours du troisième cycle des études médicales, notons tout de même que 12% estiment qu'une mission humanitaire ne doit pas se substituer à un stage déjà existant.

Les objectifs secondaires nous ont permis d'appuyer notre argumentaire.

*Identifier le type d'apprentissage développé par une expérience humanitaire.
En termes de savoir, de savoir faire et de savoir être.*

Notre étude nous permet de constater que les principaux types d'apports pédagogiques aux cours d'une mission humanitaire sont de l'ordre du savoir faire et du savoir être. Notre étude, à la différence de celles proposées dans la littérature, porte sur une population post – graduée. On peut alors



considérer que leur savoir médical était à son paroxysme, rendant négligeable « le savoir » enseigné au cours d'une mission humanitaire.

Identifier les domaines dans lequel sont développés ces apprentissages : disciplines médicales, santé primaire, santé publique

Selon nos résultats, les domaines dans lesquels ont lieu cet apprentissage sont l'infectieux, la pédiatrie et la nutrition, en matière de capacité clinique principalement. Les méthodes et les outils de santé primaire et de santé publique sont mis en application de façon concrète, conférant aux praticiens une certaine maîtrise dans ces domaines.

Identifier la carrière médicale du praticien ayant vécu cette expérience.

Bien que nos résultats suggèrent une réelle orientation des praticiens vers les soins de santé primaires, et qu'il semble y avoir une forte proportion de praticiens se consacrant aux populations précaires dans les suites d'une mission humanitaire, nous ne pouvons cependant pas l'affirmer. Un biais de recrutement (population ayant déjà choisi sa formation) et la mauvaise formulation de certaines questions (fonction et activités) rendent ininterprétables les choix de carrières médicales à la suite d'une expérience humanitaire. Nous n'avons pas pu corroborer les données de la littérature à ce sujet.

Identifier une sensibilisation du praticien à la précarité

Notre étude a démontré une sensibilisation, si ce n'est un changement d'attitude du praticien, à l'égard du soin aux populations en situation de précarité. Nous rejoignons en cela l'affirmation d'un idéalisme et d'un altruisme revitalisé par une expérience humanitaire, que l'on retrouve dans certains articles.

Identifier une sensibilisation ou apprentissage interculturel

Au delà des sciences médicales, les capacités interculturelles sont réellement enrichies. Le savoir faire en terme de communication verbale et non verbale, ainsi que les attitudes d'écoute et de respect à l'égard de l'étranger représentent les acquis fondamentaux d'une expérience humanitaire.

Identifier les déterminants d'une expérience humanitaire enrichissante.

Pour être validant, ce stage médical, plus que tout autre, doit remplir certaines conditions. Croisant les données de notre enquête et celles de la littérature il nous est possible d'en proposer les principales :

- Pré-requis : Engagement, savoir et savoir faire médical minimum de l'étudiant sont requis afin d'assurer un service rendu à la population locale.
- Sélection : sur des critères médicaux par l'établissement de formation et sur des critères opérationnels par l'organisme humanitaire d'accueil
- Formation pré-départ : par l'organisme humanitaire d'accueil, préparation technique, socio-culturelle, politique et sécurité.
- Encadrement : superviseur sur place et référent à distance.
- Travail de terrain : intégrer une équipe pluridisciplinaire en contact direct avec la population locale.
- Travail de recherche : identifier un objectif de travail clair apportant un bénéfice à la population locale.
- Evaluation : continue et finale dans un but formatif.
- Sécurité : contexte environnant stable et transparence de l'action et de ses acteurs.

Ce n'est qu'à ce prix que seront respectés les impératifs déontologiques, éthiques, et sécuritaires au même titre que toutes autres actions humanitaires.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Guillaume DESCHAMPS

TITRE : Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire dans le cursus des études médicales.

CONCLUSION

L'évolution de la démographie médicale française laisse entrevoir une perte d'intérêt pour les soins de santé primaires. On constate en parallèle, une précarisation de la population et une inégalité d'accès au soin. Le manque d'attractivité, et les difficultés d'exercices semblent être les raisons pour lesquelles ces professions attirent de moins en moins de médecins. Il est à présent établi que les médecins sont mal préparés à ce rôle social. Une formation inadaptée explique en grande partie le désengagement des praticiens dans le fonctionnement optimum du système de santé commun.

Analysant les méthodes formatives au cours des études médicales, et nous basant sur un modèle anglo-saxon d'échange de médecins auprès de populations démunies, nous avons considéré l'intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire réalisé à la fin des études médicales.

Après avoir obtenu l'accord de trois organismes humanitaires français de référence : Médecins Du Monde, Médecins Sans Frontières, Croix Rouge Française, nous avons réalisé une enquête rétrospective descriptive auprès de 62 médecins de moins de 35 ans recrutés dans le cadre d'une première mission humanitaire. Un questionnaire d'auto-évaluation en ligne sur un site internet, nous a permis d'analyser les capacités et les attitudes développées au cours de cette expérience humanitaire. L'enquête a été menée auprès d'une population majoritairement généraliste de formation, partie en tant qu'interne. Elle se limite à la description d'un échantillon pré-sensibilisé.

Une amélioration des pratiques cliniques en infectiologie et en pédiatrie est rapportée par plus de 90% des personnes interrogées. Outre ces disciplines

médicales, des capacités sont également développées en santé primaire et en santé publique : 94% relatent des situations de gestion de soins complexes, et plus de 85% ont recueilli des informations statistiques et rédigé un rapport. Cet apprentissage est profitable indépendamment de la spécialité exercée. De plus, les attitudes des praticiens à l'égard des différentes cultures et des populations précaires ont foncièrement changées : 72% reconnaissent que cet échange socioculturel a modifié leur approche clinique et 80% reconnaissent qu'il est de la responsabilité du médecin de lutter contre l'exclusion. Enfin, d'autres aptitudes marquantes y sont développées : l'adaptabilité, le travail en équipe, la responsabilité, la gestion du risque et les capacités de communication, notamment en langues étrangères.

Cette expérience conjugue donc développement professionnel et épanouissement personnel, venant corroborer les données issues de la littérature à ce sujet. Il est donc licite d'affirmer qu'une telle expérience de médecine humanitaire puisse valider un semestre de troisième cycle des études médicales.

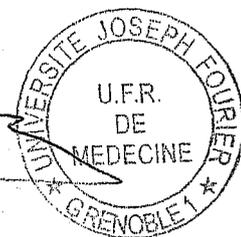
Enfin, l'analyse qualitative des résultats de l'enquête démontre que pour maximiser les bénéfices d'une telle expérience au profit des populations concernées et de la formation des médecins impliqués, déontologie, éthique, sécurité et encadrement doivent constituer la base d'une réflexion commune et d'un partenariat entre les facultés de médecine, les CHU et les organismes humanitaires.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

LE DOYEN

Professeur B. SELE



LE PRESIDENT DE THESE

Professeur C. PISON



BIBLIOGRAPHIE

1. Micheletti P. Le point faible des études médicales. Le Monde 2005 06.07.05.
2. Micheletti P. Pour une réforme des études médicales. La Croix 2006 07.12.2006.
3. Micheletti P. Médecine libérale oui, néolibérale non. Libération 2007 19.02.2007.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecin de famille: WONCA europe, 2002.
5. Bail P, Attali C, Chevallier P, et al. Certification : un cadre théorique pour étayer les orientations CNGE, 2006.
6. Taylor CE. International experience and idealism in medical education. Academic Medicine. 1994 August;69(8):631-34.
7. Smith J, Weaver D. Capturing Medical Student's Idealism. Annals of Family Medicine. 2006 septembre/octobre;4(1):532-7.
8. Grudzen CR, Legome E. Loss of international medical experiences : knowledge, attitudes and skills at risk. BMC Medical Education. 2007;7(47).
9. Berland Y, Houssin D, Podeur A, Libault D, Brocas A, Van Roekeghem F. Synthèse Générale, 2008. 70p. p.
10. Couffinhal A, J. M. La démographie médicale française : état des lieux. Question d'économie de la Santé. 2001 Dec;44:1283-4769.

11. Cases C, Lucas-Gabrielli V, Perronnin M, To M. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux. Question d'économie de la Santé. 2008 Mars 2008;N°130.
12. Beaud S, Confavreux J, Lindgaard J. La France invisible. Paris: La Découverte; 2006. 650 p.
13. Rainhorn JD, Grémy F. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Haut comité de la santé publique, 1998. www.hcsp.fr/explore.cgi/ad240505.pdf
14. Sellier B, Maurel F, Cusset PY, Ebaum M. Le rapport de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. paris: observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000261/>
15. Lollivier S. La pauvreté : définitions et mesures. Regards croisés sur l'économie. 2008;2008/2(N°4):21-9.
16. Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : un recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. Revue Epidémiologique de Santé Publique. 2003;51:577-88.
17. Wolf H, Durieux-Paillard S, Meynard A, Stalder H. Précarité et accès aux soins : "Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade..." Médecine&Hygiène. 2000 4 octobre;58:1927-30.
18. Ebaum M. Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. Revue d'Epidémiologie et de santé Publique. 2007;55:47-54.
19. Toscani L, Loutan L, Stalder H. Accès aux soins : le patient d'une autre culture. Médecine&Hygiène. 2000 4 octobre 2000;58:1933-7.

20. Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaire, France, 1995-2002. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2005;n°43/2005:213-15.
21. INED. Etude longitudinale française depuis l'enfance <<http://www.elfe.ined.fr/>>. Accessed, 2006.
22. DIES. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire: Fond CMU, 2006 Mai 2006. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000521/index.shtml>
23. Afrite A, Dourgnon P, Pascal J, et al. Can physician-patient interaction generate social health inequalities? First result from a 2007 French pilot survey. 16th Annual EUPHA Meeting, Parallel session 6, 2007.
24. Fahet G, Cayla F, Drouot N, Pauti MD, Simonnot N, Tomasino A. Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde: Médecins du Monde, 2007 octobre 2008.
25. INED. Trajectoires et Origines <<http://teo.site.ined.fr/>>. Accessed, 2008.
26. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33.
27. Redwood-Campbell L, Ouellette V, Rouleau K, Pottie K, Lemire F. Santé internationale et pratique familiale canadienne : en quoi cela me concerne? Le médecin de famille canadien. 2007 Avril;53:608-10.
28. Gupta AR, Wells CK, Horwitz RI, Bia FJ, Barry M. The international health program : the fifteen-year experience with Yale University's internal medicine residency program. Am J Trop Med Hyg. 1999;61((6)):1019-23.

29. Miller WC, Corey GR, Lallinger GJ, Durack DT. International health and internal medicine residency training : the Duke University Experience. *The American Journal of Medicine*. 1995;99:291-3.
30. Haq C, Rothenberg D, Gjerde C, et al. New World Views : preparing physicians in training for global health work. *Family Medicine*. 2000;32(8):566-72.
31. Giraud A. Nouvelle évaluation médicale : pour une méthode de la pratique clinique: *Economica*; 2000. 212 p.
32. Thompson MJ, Huntington MK, Hunt D, Pinsky LE, Brodie JJ. Educational effects of international health electives on U.S. and Canadian medical students and residents : a literature review. *Academic Medicine*. 2003 March;78(3):342-7.
33. Segouin C, Jouquan J, Hodges B, et al. Country report : medical education in France. *Medical Education*. 2007 Feb;41(3):295-301.
34. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. 2002;2:38-52.
35. Attali C, Ghasarossian C, Bail P, et al. la certification de la compétence des internes de médecine générale : mode d'emploi. *CNGE*, 2006.
36. Lehoux P, Levy R, Rodrigue J. Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4ième génération. *Revue transdisciplinaire en santé*. 1995;2(1):55-72.
37. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *The Lancet*. 2001 March;357:867-70.
38. Davis DA, Mazmanian P, E, Fordis M, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence. *JAMA*. 2006 September 6;296(9):1094-102.

39. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales. Paris: Armand colin; 2006.
40. Dormont B, Samson AL. Régulation de la démographie médicale et carrière des médecins généralistes : les inégalités entre générations. Paris: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique, 2007 Novembre.
41. Gaaserud A, Jotkowits AB, Gidron Y, et al. Development and validation of a new measure of student attitudes and knowledge of international health and medicin. Medical Teacher. 2005;27(2):136-9.
42. Ramsey AH, Haq C, Gjerde C, Rothenberg D. Career influence of an international health experience during medical school. Family Medecine. 2004;36(6):412-6.
43. Godkin M, Savagneau J. The effect of medical students' international experiences on attitudes toward serving underserved multicultural populations. Family Medecine. 2003 April;35(4):273-8.
44. Jotkowits AB, Gaaserud A, Gidron Y, Urkin J, Margolis CZ, Henkin Y. Evaluation of student attitudes and knowledge in a new program in international health and medicine. Medical Teacher. 2004;26(6):574-8.
45. Bazemore A, Henein M, Goldenhar L, Szaflarski M, Lindsell C, Diller P. The effect of offering international health training opportunities on family medecine residency recruiting. Family Medecine. 2007 April;39(4):255-60.
46. Torjesen K, Mandalakas A, Kahn R, Duncan B. International chid health electives for pediatric residents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153:1297-302.
47. Blasco P, Gagnayre R. Opinion de volontaires sur leur première mission d'aide humanitaire. Santé Publique. 2002;14(3):289-99.

48. Van Weel C, Mattson B, Freeman GK, De Meyere M, Von Fragstein M. General Practice based teaching exchanges in Europe. *European Journal of General Practice*. 2005;11(122-126).
49. Sparks BL, Gupta SK. Research in Family Medicine in Developing Countries. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(2):555-9.
50. Micheletti P. *Humanitaire : s'adapter ou renoncer*. Paris: Hachette livre (Marabout); 2008.
51. Zimmermann S. *Adéquation entre l'action humanitaire et la médecine générale, à propos d'expériences individuelles et d'une étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes*. Amiens: Picardie Jules Verne, 2006. 88 p.
52. Poppelier A, Gallot E, Darmon D. La mobilité en Europe des étudiants en médecine,. *La Revue du Praticien*. 2007;21(788/789):1103-4.
53. Paret H. *Humanitaire et Santé Publique*. Paris: L'Harmattan; 1997. 300 p.
54. Fassin D. *Faire de la santé publique*. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2005. 58 p.

Liens Web :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

<http://www.ameli.fr/>

<http://www.irdes.fr/default.htm>

<http://www.woncaeurope.org/>

<http://www.euract.org/>

<http://www.cnge.fr/>

<http://www.isnar-img.com/>

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

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

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

ANNEXES

ANNEXE 1 : questionnaire de l'étude

Enquête 1

1. Quel médecin êtes vous?

Vos orientations médicales avant et après votre première mission humanitaire en tant que médecin.

* 1. Etes-vous :

homme

femme

* 2. Quel age avez vous?

au moment de votre première mission

actuellement

* 3. Quelle est votre formation?

Médecine Générale

Médecine de Spécialité

type de spécialité

4. Si vous possédez une formation complémentaire, précisez la ou lesquelles :

DESC

MASTER

1ère formation

2ème formation

3ème formation

autre (DU...)

* 5. Quelle est votre fonction ?

interne

assistant chef de
clinique

praticien
hospitalier

médecin libéral
remplaçant

médecin libéral
installé

avant 1ère mission

après 1ère mission

actuellement

Enquête 1

* 6. Quel type d'activité médicale exercez-vous?

	activité de soin primaire	activité de santé publique	activité de santé orientée sur la précarité	activité de santé orientée sur l'international	aucune de ces activités
avant 1ère mission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
après 1ère mission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="text"/>				

2. Quelle a été votre expérience humanitaire?

Décrivez le cadre dans lequel vous avez effectué votre première mission humanitaire en tant que médecin.

* 7. Dans quel type de mission humanitaire êtes-vous parti?

	Nom de la structure	Programme	Fonction	Durée	Lieu
1ère mission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

précisez le nom de la structure et le lieu de la mission

8. En terme de volume horaire, quelle était votre activité sur place?

	par jour	par semaine
1ère mission	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Sur le plan pédagogique, précisez votre formation pré-départ et les modes d'évaluations au cours de votre mission?

	Formation pré-départ	Supervision médicale	Evaluation
1ère mission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

précisez la formation, la supervision et l'évaluation si elles étaient autres que celles proposées :

10. L'objectif premier de toute mission humanitaire devant être le service rendu à la population, pensez vous que votre présence sur place fût :

bénéfique délétère sans influence

commentaires

3. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de l'INFECTIOLOGIE

Enquête 1

*** 11. En terme d'INFECTIOLOGIE, estimez vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivants :**

- théorique clinique technique aucune capacité
acquise dans ces domaines

précisez pour quelles pathologies :

12. Ces capacités vous servent elles dans votre pratique quotidienne ?

- oui
 non

4. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de la GYNECOLOGIE ET DE L'OBSTÉTRIQUE

*** 13. En terme de GYNECO-OBSTÉTRIQUE, estimez vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivant :**

- théorique clinique technique aucune capacité
acquise dans ce domaine

précisez pour quelles pathologies :

14. Ces capacités vous servent elles dans votre pratique quotidienne ?

- oui
 non

5. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de la PEDIATRIE

Enquête 1

*** 15. En terme de PÉDIATRIE, estimez vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivant :**

- théorique clinique technique aucune capacité
acquise dans ce domaine

précisez pour quelles pathologies :

16. Ces capacités vous servent elles dans votre pratique quotidienne ?

- oui
 non

6. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de la NUTRITION :

*** 17. En terme de NUTRITION, estimez vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivant :**

- théorique clinique technique aucune capacités
acquise dans ce domaine

précisez pour quelles pathologies :

18. Ces capacités vous servent elles dans votre pratique quotidienne ?

- oui
 non

7. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de la MEDECINE D'URGENCE ET DE CATASTROPHE :

Enquête 1

*** 19. En terme de MÉDECINE D'URGENCE ET DE CATASTROPHE, estimez vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivant :**

- théorique clinique technique aucune capacité
acquise dans ce domaine

précisez pour quelles pathologies :

20. Ces capacités vous servent elles dans votre pratique quotidienne ?

- oui
 non

8. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de la TRAUMATOLOGIE :

*** 21. En terme de TRAUMATOLOGIE, estimez vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivant :**

- théorique clinique technique aucune capacité
acquise dans ce domaine

précisez pour quelles pathologies :

22. Ces capacités vous servent elles dans votre pratique quotidienne :

- oui
 non

9. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de la DERMATOLOGIE :

Enquête 1

*** 23. En terme de DERMATOLOGIE, estimez vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivant :**

théorique

clinique

technique

aucune capacité
acquise dans ce domaine

précisez pour quelles pathologies :

24. Ces capacités vous servent elles dans votre pratique quotidienne ?

oui

non

10. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique de la PSYCHOLOGIE et/ou PSYCHIATRIE :

*** 25. En terme de psychologie/psychiatrie, estimez-vous que votre expérience vous a apporté des capacités dans les domaines suivant :**

théorique

clinique

technique

aucune capacité
acquise dans ce domaine

précisez pour quelles pathologies :

26. Ces capacités vous servent-elles dans votre pratique quotidienne ?

oui

non

11. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre pratique des SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE :

Enquête 1

27. Avez-vous été amené à gérer et coordonner des soins pour un patient ?

oui

non

Donnez un exemple de gestion des soins :

28. Avez vous été amené à porter une attention toute particulière au contexte de vie d'un patient :

oui

non

Donnez un exemple de soin centré sur la personne :

29. La prévalence et l'incidence des maladies rencontrées vous ont elles amené à prendre des décisions remettant en cause les consensus et autres recommandations ?

oui

non

donner un exemple de prise de décision spécifique :

30. Au cours de vos consultations, quelles places prenaient les messages d'éducation à la santé et/ou prévention des maladies ?

	0%	30%	50%	70%	100%
éducation	<input type="radio"/>				
prévention	<input type="radio"/>				

donner un exemple d'approche globale des soins :

Enquête 1

31. Les moyens limités dont vous disposiez vous ont-ils amené à choisir entre soigner un individu ou soigner un ensemble d'individus ?

oui

non

donner un exemple d'orientation communautaire des soins

32. Considérez vous que les conceptions religieuses, ethniques et existentielles du patient ont joué un rôle dans votre attitude décisionnelle médicale ?

oui

non

donner un exemple d'adoption d'un modèle holistique

12. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

Considérant votre approche de la SANTÉ PUBLIQUE

*** 33. A quelles activités d'épidémiologie avez vous participé activement ?**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> mission exploratoire/ évaluation des besoins | <input type="checkbox"/> analyse épidémiologique | <input type="checkbox"/> campagne de vaccination |
| <input type="checkbox"/> recueil des données statistiques | <input type="checkbox"/> rédaction d'un rapport | <input type="checkbox"/> aucune |

*** 34. A quelles activités d'éducation à la santé et/ou prévention avez vous participé activement?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sensibilisation/prévention des populations | <input type="checkbox"/> formation des acteurs de santé |
| <input type="checkbox"/> campagne de dépistage | <input type="checkbox"/> aucune |

*** 35. Avez vous pris part à la gestion d'un projet de santé ?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> participation à la conception d'un projet de santé | <input type="checkbox"/> lobbying |
| <input type="checkbox"/> budgetisation / recherche de financement | <input type="checkbox"/> non, aucune des ces activités |
| <input type="checkbox"/> gestion d'une équipe | |

Enquête 1

36. L'expérience retirée au travers de ces activités vous a t-elle servi par la suite :

oui

non

Si oui, précisez dans quelles situations

13. Ce que vous avez retiré de votre expérience humanitaire?

D'un point de vue SOCIO-CULTUREL

37. Avez vous été confronté à des cultures complètement différentes de la votre lors de votre expérience humanitaire?

oui

non

Précisez

38. Selon vous, la compréhension de la culture du patient et de son mode de vie a un impact sur la qualité des soins, qui est :

impact mineur modéré important fondamental

39. Les protocoles de soins utilisés au cours de cette mission prenaient-ils en compte les conceptions culturelles des patients ?

oui

non

40. Aviez-vous déjà abordé des situations de différences culturelles au cours de vos études médicales ?

oui

non

Enquête 1

41. La confrontation à l'interculturalité au cours de votre expérience a-t-elle modifié votre approche clinique ?

oui

non

commentaires

42. Avez vous été confronté à la précarité au cours de votre mission ?

oui

non

*** 43. Cette expérience a t-elle modifié votre perception de la précarité ?**

oui

non

44. Pensez vous qu'il soit de la responsabilité du médecin de lutter contre l'exclusion ?

oui

non

Précisez

45. Au vue de votre expérience, pensez vous que la maladie puisse engendrer l'exclusion sociale ?

maladie=exclusion non, jamais rarement assez fréquemment très fréquemment

Enquête 1

*** 46. En terme de développement personnel, quelles ont été les valeurs apportées par votre expérience?**

	négligeable	moyennement importante	importante	très importante
langues étrangères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
inter-culturalisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
travail en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
adaptabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maturité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
responsabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autre	<input type="text"/>			

14. Quel a été votre vécu de l'insécurité?

Ressenti et moyens

47. Au cours de votre 1ère mission, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'insécurité?

	rarement	régulièrement	fréquemment
insécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 48. Avez-vous reçu des informations sur la sécurité de votre mission et par quel interlocuteur?**

	autres expatriés	personnel local	responsable hiérarchique sur place	responsable hiérarchique au siège de l'ONG	aucune
avant votre départ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à votre arrivée sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Avez-vous de vous même recherché des informations pour mieux comprendre la situation du pays dans lequel vous partiez?

- oui
 non

50. Avez vous eu à évacuer votre mission ?

- oui
 non

Enquête 1

51. Si vous avez eu à évacuer votre mission, précisez les raisons et moyens mises en oeuvre :

1ère mission

	principale cause	moyen
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

52. Selon vous, l'insécurité est :

- une notion à laquelle il est possible de s'adapter
- sans effet sur votre pratique
- un frein pour votre pratique médicale

commentaire

15. Questions additionnelles

53. Souhaitez-vous renouveler cette expérience?

- oui
- non

*** 54. Pensez-vous que votre expérience humanitaire puisse valider un stage de troisième cycle des études de médecine?**

- oui
- non

Si oui, quel stage pourrait il remplacer :

ANNEXE 2 : cliché instantané de la population étudiée

Cliché instantané :

- *Profils des médecins concernés :*
 - *Femme de 31 ans ayant effectué sa première mission à 28 ans et issue d'une formation de médecin généraliste. Sans autre formation secondaire. Elle est actuellement médecin généraliste remplaçant, mais a effectué sa première mission humanitaire au cours de son internat.*

- *Choix de carrière :*
 - *Elle exerçait et exerce toujours une activité de soin primaire, mais a tendance à s'orienter vers une activité de soin en milieu précaire et vers l'international.*

- *Cadre humanitaire :*
 - *Elle est partie pour la première fois avec MSF sur une mission d'urgence à l'international pour une durée de 3 à 6 mois. Elle a reçu une formation humanitaire universitaire et une formation pré-départ auprès de son ONG. Elle était supervisée à distance par un expert et évaluée par des rapports mensuels et de fin de mission.*

- *Temps de travail :* *Elle travaillait de 8 à 10h par jour et plus de 60h par semaine.*

- *Notion de service rendu :*
 - *Selon elle son action sur place a été bénéfique*

- *Apprentissage :*
 - *Sur le plan médical, cette première mission lui permet principalement d'améliorer ses capacités cliniques dans les domaines suivants : infectiologie, pédiatrie, nutrition et dermatologie. Elle a enrichi son savoir-faire technique en pédiatrie et amélioré son savoir technique en traumatologie. Ce ne sont pourtant que les notions pédiatriques et infectieuses qui serviront par la suite.*
 - *Sur le plan des soins de santé primaire, c'est l'ensemble des compétences hormis la prise de décision spécifique et l'orientation communautaire qui a été abordé au cours du soin en mission.*
 - *Sur le plan de la santé publique, elle a participé au recueil de données servant à l'analyse statistique et a rédigé des rapports. Elle a aussi participé à des campagnes de sensibilisation et de prévention, et participé à la formation du personnel de santé. En termes de gestion elle a surtout été confrontée au management d'une équipe et a été consultée lors de la conception du projet. Ces capacités lui serviront par la suite.*

- *Sensibilisation :*
 - *Multiculturalité : elle a été confrontée à des cultures éloignées de la sienne et a utilisé pour cela des méthodes décisionnelles adaptées, ce qui lui paraît fondamental. Cette notion semble déjà avoir été abordée au cours de ses études mais elle reconnaît un réel impact de cette expérience sur son approche clinique.*
 - *Précarité : elle a été confrontée à la précarité, et pense a présent qu'il est du devoir du médecin de lutter contre la précarité. Car selon elle, « assez fréquemment » la maladie est source d'exclusion.*

- *Développement personnel : elle a surtout développé sa capacité d'adaptation, et de travail en équipe. Elle aura aussi acquis une certaine maturité, et développé son niveau de langue étrangère.*
- *Vécu de l'insécurité : Elle a reçu des informations de son supérieur hiérarchique au siège et sur place, avant et au début de la mission. Elle s'est elle-même documentée sur la situation du pays où elle se rendait. Elle n'a que rarement ressenti l'insécurité et n'a pas eu à évacuer la mission. Selon elle, l'insécurité est un frein pour sa pratique mais il est possible de s'y adapter la plupart du temps.*

Enfin elle espère réitérer une telle expérience et souhaiterait qu'elle soit validante pour sa formation médicale.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui dicit memorem 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.



Guillaume DESCHAMPS

**INTÉRÊT PÉDAGOGIQUE D'UN STAGE CLINIQUE EN MISSION HUMANITAIRE DANS LE
CURSUS DES ÉTUDES MÉDICALES**

Faculté de Médecine de Grenoble 2009

Résumé : La formation des médecins français reste inadaptée au contexte de précarité croissante de la population et à l'inégalité d'accès au soin. Ceci peut expliquer le désengagement de certains praticiens dans le fonctionnement optimum du système de santé commun.

Pour faire face à cela, les universités médicales anglo-saxonnes proposent aux jeunes médecins en formation, des stages cliniques à l'étranger auprès de populations démunies. En France, nombreux sont les jeunes médecins qui s'engagent dans les organismes humanitaires.

Nous avons cherché à dégager l'intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire, réalisé à la fin des études médicales.

Une enquête rétrospective descriptive a été menée auprès de 62 médecins de moins de 35 ans, ayant vécu une expérience humanitaire au sein de trois organismes français de référence : Médecins Du Monde, Médecins Sans Frontières, Croix Rouge Française.

Cette enquête révèle que les missions humanitaires contribuent au développement des compétences de pratique clinique, et développent les capacités en santé primaire et les capacités en santé publique. De plus, les attitudes des praticiens à l'égard des différentes cultures et des populations vulnérables vivant dans des conditions de précarité, changent foncièrement.

Il nous paraît possible d'affirmer qu'une expérience de médecine humanitaire puisse valider un semestre de troisième cycle des études médicales. Pour cela, déontologie, éthique, sécurité et encadrement doivent constituer la base d'une réflexion commune et d'un partenariat entre les facultés de médecine, les CHU et les organismes humanitaires.

Mots-clés : médecine générale, médecin de famille, soin primaire, action humanitaire, santé internationale, ONG, formation médicale, enseignement, pauvreté, précarité, responsabilité sociale

Président du jury : M. PISON Christophe, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

Membres du jury :

Mme ARVIEUX Catherine, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

M. DANIEL Vincent, Professeur, Faculté de Pharmacie de Grenoble

M. ESTURILLO Gérard, Professeur, Faculté de médecine de Grenoble

M. MICHELETTI Pierre, Docteur, Président de Médecin Du Monde

Directeur de thèse : M. BLANCHER Marc, Docteur, Faculté de médecine de Grenoble

Adresse de l'auteur : longuiman@gmail.com