



HAL
open science

Intérêts et limites d'un stage en mission humanitaire chez les internes de médecine générale, au cours de leur internat en Picardie : étude qualitative, auprès de treize internes

Charlotte Foucart

► To cite this version:

Charlotte Foucart. Intérêts et limites d'un stage en mission humanitaire chez les internes de médecine générale, au cours de leur internat en Picardie : étude qualitative, auprès de treize internes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03188519

HAL Id: dumas-03188519

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03188519>

Submitted on 2 Apr 2021

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.

Université Picardie Jules Verne
Faculté de médecine d'Amiens

Année : 2020

N° 2020-199

Intérêts et limites d'un stage en mission humanitaire chez les internes de médecine générale, au cours de leur internat en Picardie

Etude qualitative, auprès de treize internes

Thèse
pour le doctorat de médecine générale
présentée et soutenue publiquement
le 25 Novembre 2020

par Charlotte FOUCART, née le 08 février 1994

Le Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc Schmitt,

Le jury : Madame, le Professeur Claire Andrejak,

Monsieur le Professeur Marcel Peltier,

Monsieur le Docteur André Delehayé,

Le directeur de thèse : Monsieur le Docteur André Delehayé

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Schmitt

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez à cette occasion l'expression de ma
gratitude*

A Monsieur le Professeur Marcel Peltier

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Thérapeute)

Je suis honorée par votre présence au sein de ce jury. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Claire Andrejak

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

Vous avez bien volontiers consenti à participer à ce jury. Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.

A Monsieur le Docteur André Delehayé

Médecin généraliste

Maître de stage universitaire

Merci pour ta présence et ton encadrement, sur ce travail de thèse mais aussi au Sénégal.

J'ai appris beaucoup à tes côtés.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Acronymes | 13 |
| Avant-propos | 15 |
| I. Introduction | 17 |
| I.1. Mise en contexte | |
| I.2. Historique de la médecine humanitaire | 18 |
| I.3. Sécurité | 19 |
| I.4. Justification du travail | 20 |
| II. Matériel et méthodes | 21 |
| II.1. Recrutement des internes | |
| II.2. Rédaction du guide d'interview | |
| II.3. Réalisation des interviews | 22 |
| II.4. Analyse des interviews | |
| III. Résultats | 23 |
| III.1. Caractéristiques des internes interrogés | |
| III.2. Analyse des résultats | 24 |
| III.2.a. Intérêts d'une mission humanitaire | |
| III.2.b. Les limites du stage humanitaire | 31 |
| III.2.c. Mission humanitaire idéale | 40 |
| III.2.d. Profil | 44 |
| IV. Discussion | 46 |
| IV.1. Forces et limites au niveau méthodologique | |
| IV.1.a. Forces | |
| IV.1.b. Limites | 47 |
| IV.2. Caractéristiques des internes interrogés | 48 |
| IV.3. Discussion des résultats | 49 |
| IV.3.a. Forces | 51 |
| IV.3.b. Limites | 60 |
| IV.3.c. Profil | 71 |
| IV.3.d. Mission humanitaire idéale | 75 |
| V. Conclusion | 83 |
| Bibliographie | 85 |
| Guide d'entretien | 87 |
| Résumé | 88 |

Acronymes

ARS : Agence Régionale de Santé
AWSD : Aid Worker Security Data Base
BBC : British Broadcasting Corporation
CARE : Cooperative for American remittancies Everywhere
CASO : Centre d'accès aux soins et d'orientation
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CICR : Comité internationale Croix Rouge
CNOM : Conseil National de l'ordre des médecins
COVID-19 : Coronavirus Disease 2019
CRF : Croix Rouge Française
CRS : Catholic Relief Service
DIU : Diplôme inter universitaire
DMG : Département de médecine générale
DUMGA : Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Amiens
ECHO : European Community Humanitarian Office
IRC : International Rescue Committee
Med gé : Médecin généraliste
MSF : Médecins sans frontière
NDLR : Note de la rédaction
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation non gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ONISEP : Office national d'information sur les enseignements et les professions
OSI : Organisation de solidarité internationale
PACES : Première année commune aux études de Santé
RBP : Revue des Bonnes Pratiques
RGO : Reflux gastro-oesophagien
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SUDOC : Système universitaire de documentation
TDR : Test de diagnostic rapide
UPJV : Université Picardie Jules Vernes
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Avant-propos

Depuis le début de mes études médicales, s'est présentée à moi l'envie d'aider et soigner les personnes vivant dans des pays défavorisés, où les soins sont insuffisants, en allant directement sur le terrain. Mais cela ne fut pas réalisable durant mes premières années de formation. En effet, mes connaissances et ma pratique médicale n'étaient pas encore suffisantes pour être prête à partir en une mission humanitaire.

Une fois interne, je me suis lancée grâce à l'un des médecins généralistes, rencontré lors de mon premier semestre d'internat, le docteur André Delehay, et nous sommes partis en mission au Sénégal.

J'ai pu réaliser pour la première fois des consultations dans un dispensaire à Tene Toubab, en plein milieu de la brousse et je me suis alors rendue compte de la complexité de la tâche.

Heureusement, j'étais accompagnée par deux médecins dont nous ne comptons plus le nombre de missions. Apparemment, c'est comme cela, soit on repart, soit on n'y retourne jamais !

Cela m'a permis d'observer la différence de culture, un accès au soin totalement différent au nôtre et des pathologies peu fréquentes en France.

Lors de ma première mission humanitaire, j'ai pu expérimenter une médecine plus clinique, sans biologie ni examen complémentaire, ressemblant ainsi plus à la médecine générale en cabinet qu'à la médecine hospitalière. Ce n'était pas pour me déplaire car cela mettait en jeu mes connaissances !

J'ai dû essayer de me mettre à la place du patient, ce qui m'a également permis d'évoluer dans ma pratique médicale.

Nous avons pu participer à un enseignement médical avec notamment la dispensation de cours à Tene Toubab, aux agents relais-communautaires et infirmiers, sur différents sujets, notamment les premiers gestes de secours, les sutures, l'arrêt cardio-vasculaire et le diabète, pour ne citer que ceux-là...

En partageant mon expérience autour de moi, j'ai été ravie de constater que de nombreux internes étaient également attirés par les missions humanitaires, alors que seul un faible nombre d'étudiants décidait d'y participer durant leur internat.

Ainsi il me semblait intéressant d'étudier l'intérêt des missions humanitaires pour clôturer la fin de mon internat et de comprendre ce que cela pourrait nous apporter en tant qu'interne. D'autant plus que participer à une mission humanitaire, semble assez aisé à notre époque, grâce aux médias en tous genres, en permettant la promotion. Qu'en est il vraiment ?

Une thèse effectuée il y a plusieurs années, en 2009 ¹, soulevait déjà cette question, à l'Université de Grenoble, (retrouvée sur le site de référencement *SUDOC*, service universitaire de documentation) et elle sera l'une de mes bases de réflexion.

Nous pourrons également étudier l'évolution face à cette problématique et comparer nos résultats de recherche avec cette thèse de Guillaume Deschamps, s'intitulant *Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales*.

I. Introduction

I.1. Mise en contexte

L'humanitaire n'a pas de définition précise, étymologiquement humanitaire vient du latin *humanitas* : nature humaine, lui-même dérivé de *homo*, homme.

La définition de l'Organisation mondiale de la Santé (*OMS*) est : la médecine humanitaire est une “assistance humanitaire aux victimes de catastrophes naturelles et situations d'urgence du même ordre”².

Le Comité International de la Croix-Rouge (*CICR*)³, l'European Community Humanitarian Office (*ECHO*)⁴ et médecin sans frontière (*MSF*)⁵ ont chacun donné leurs propres définitions.

Le rôle du médecin humanitaire selon l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (*ONISEP*) est de :

1. soigner des populations dans un contexte de crise,
2. mettre en place des programmes de prévention et de développement des soins,
3. former des équipes médicales sur place ⁶.

Ils peuvent exercer dans les pays non défavorisés, comme la France, pour l'accueil et les soins dispensés à la population d'immigrés. Ce cas de figure a été étudié dans le travail de thèse de Marielle Michelat, sur les motivations des médecins généralistes à exercer dans le centre d'accueil, de soins et d'orientation (*CASO*) d'Angers ⁷.

Ensuite, lors des catastrophes naturelles, ce sont des missions d'urgence.

Enfin, celles que nous étudierons favorablement, se déroulant à l'international, dans le tiers ou quart-monde, afin d'effectuer des prises en charge médicales et de prévention pour les populations les plus défavorisées. C'est généralement des missions dites de “développement”.

I.2. Historique de la médecine humanitaire

Prémices de la médecine humanitaire

Le principe humanitaire commence à la période du christianisme avec le principe de charité ⁸. Le siècle des Lumières a également son rôle, avec la naissance de l'esprit humaniste à vocation universelle, avec les notions de bienfaisance et de philanthropie laïque. Avant l'émergence des organisations non gouvernementales (*ONG*), ils existent des pionniers, agissant plutôt de manière individuelle, dans le cadre des colonies.

Médecine humanitaire moderne

La médecine humanitaire débute réellement avec la Croix-Rouge française (*CRF*), en 1865, avec un champ d'action qui est séparé de la politique des états. Il apparaît alors un statut spécifique : les organisations non gouvernementales.

La médecine humanitaire est à son apogée lors des deux guerres mondiales. C'est la naissance de plusieurs associations humanitaires à la fin de la seconde guerre mondiale :

- *International Rescue Committee, (IRC)*
- *Catholic Relief Service, (CRS)*
- *Cooperative for American remittances Everywhere (CARE).*

La création de l'Organisation des nations unies (*ONU*), en 1945 a pour but de maintenir la paix dans le monde et faire respecter la convention de Genève sur le droit international humanitaire. Les *ONG*, dès 1950, étendent leurs actions également au tiers-monde, avec la mise en place d'aides au développement.

Conflits et perte de neutralité (sans frontiérisme)

Lors du conflit du Biafra en 1968, les médecins français agissant pour la Croix rouge, décident de rompre la loi du silence et de la neutralité . Ils dénoncent ce qu'ils considerent être un génocide avec la création d'un comité de lutte contre celui-ci ⁹.

MSF est alors fondé en 1971, avec pour but de rendre l'aide humanitaire indépendante des états. C'est le début des French Doctors. Les années 80 voient l'émergence d'une nouvelle vague d'*ONG*, avec Action contre la Faim et Aide Médicale Internationale en 1979 puis Handicap International en 1982.

Essor médiatique

Le reportage du 23 octobre 1984 diffusé par la British Broadcasting Corporation (*BBC*), sur la province de Wollo, fit le tour du monde et sera repris par 425 télévisions. Il déclencha une prise de conscience de la part de la population, mais aussi un mouvement de solidarité du monde entier, face à cette famine. On repère des événements publics à visée humanitaire, comme Live Aid organisé par Bob Geldof à Londres et Philadelphie en 1985 ¹⁰. L'image devient le support de la conscience mondiale : elles créent l'émotion et sollicitent la générosité des donateurs ¹¹.

I.3. Sécurité, point important

Face à l'augmentation du terrorisme, partir en mission humanitaire peut sembler trop dangereux pour des étudiants. Le journal *La Croix* consacre d'ailleurs un article pour exposer les risques du métier humanitaire ¹². Or c'est dans ces zones que le besoin de soin reste le plus important. Une augmentation des agressions face aux organismes depuis 2006, est décrite par Aid Worker Security Database (*AWSD*) ¹³, depuis finalement, la médiatisation de l'humanitaire. Chaque médecin humanitaire sait qu'une prise de risques est inhérente à l'engagement humanitaire, mais il semble justifié que ce risque soit le plus faible possible pour donner envie aux étudiants et médecins de s'y rendre.

La Revue des bonnes pratiques sur la gestion opérationnelle de la sécurité dans des contextes violents (*RBP 8*) ¹⁴ est le texte de référence pour la gestion de la sécurité humanitaire.

Au niveau de la formation, certaines réglementations sont mises en place, pour assurer la venue des internes ou des étudiants, comme l'explique MSF : “*Pas de mission d'urgence pour les internes.*”, prévient la vice-présidente de MSF. “*Nous ne les envoyons pas sur des missions d'urgence dangereuses, ils partent essentiellement sur des missions post-crise.*” ¹⁶.

Les organisations à visée humanitaire prennent le paramètre sécurité, de plus en plus en compte dans le recrutement de leurs personnels . La recherche de personnes sensibilisées, qualifiées et expérimentées dans ce domaine reste cruciale pour diminuer les risques. L'information sur les situations de sécurité et les formations thématiques, les obligations éthique et légale de moyens sont aussi primordiales.

I.4. Justification du travail

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General practitioners (*WONCA*) ¹⁵ repère un des principaux soucis donnant du sens à notre étude : une augmentation des voyages et de l'immigration qui se traduit par une répartition modifiée des consultations.

Le médecin généraliste a besoin d'une plus grande connaissance ethnique, religieuse et culturelle pour soigner ses patients et surtout des connaissances sur la répercussion de ces domaines sur la santé, la maladie et les traitements sur le patient.

Cette évolution de la société explique qu'aujourd'hui de nombreux internes de médecine générale déclarent être intéressés par la réalisation d'un stage humanitaire durant leur internat afin d'être mieux préparés pour leur pratique future ^{16,17}. Ainsi, près des trois quarts des étudiants disent vouloir s'engager plus tard, dans l'action humanitaire ¹⁸.

A Amiens, nous disposons de stages humanitaires, ouverts depuis peu aux internes de médecine générale, via l'ONG Visa Santé. Cette organisation non gouvernementale est dirigé par le Docteur Ducrocq, la première interne à être partie était Elodie. Le centre de santé se situe à Rufisque, non loin de Dakar. Pourtant peu d'étudiants réalisent au cours de leurs étude une mission humanitaire.

Face à ce constat, nous nous sommes demandés quelles pouvaient être les raisons pour lesquelles les internes de médecine générale qui souhaitent partir en mission, ne le font pas ? Y a-t-il un profil d'interne plus apte à participer à une mission ?

De plus la médecine humanitaire et la médecine générale étant deux spécialités proches selon nous, nous nous sommes demandés quel pouvait-être l'intérêt pédagogique d'une mission humanitaire au cours de l'internat de médecine générale ? Quelle serait la mission humanitaire idéale si elle existe ?

Nous allons tenter de répondre à l'ensemble de ces questions grâce à notre étude. L'objectif principal étant de mettre en avant les intérêts ainsi que les limites d'un stage en mission humanitaire, à l'étranger pour les internes de médecine générale. Nos objectifs secondaires sont de proposer des solutions afin de répondre à ses freins et de dresser la mission humanitaire idéale pour les internes de médecine générale.

II. Matériel et méthode

Pour répondre à notre objectif, nous avons décidé de mener une étude qualitative, à l'aide d'interviews semi-dirigées (*à noter qu'une interview a pu devenir directive au vu des réponses de l'interne interrogé*) auprès des internes de médecine générale inscrits à l'université de Picardie Jules Verne (UPJV) d'Amiens, sur la base du volontariat.

II.1. Recrutement des internes

La liste des internes de médecine générale a été établie via la liste présente sur les réseaux sociaux (groupes de promotions des internes de médecine générale de l'UPJV). Nous avons ensuite proposé à tous ces internes une interview, sur la base du volontariat grâce à une annonce publique. Nous avons ensuite procédé à la constitution d'une cohorte en recherche de variation maximale, c'est à dire que nous avons essayé d'interroger des internes avec des profils différents.

Tous les internes de médecine générale appartenant à l'UPJV, pouvaient être inclus.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion sur le sexe, l'âge, le statut marital, ou sur le parcours professionnel, ni même sur la réalisation ou non d'une mission humanitaire. Les internes thésés n'ont pas été sélectionnés.

II.2. Rédaction du guide d'interview

Une recherche bibliographique sur Dumas, Pubmed, Sudoc nous a permis d'initialiser une liste de sujets à explorer lors des interviews effectuées avec les internes de médecine générale.

Notre script d'interview a également été soumis à l'approbation de la commission des thèses du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Amiens (DUMGA) et validé après quelques modifications. Les premières interviews ont été testées sur deux internes partis en mission humanitaire, afin de modifier sensiblement la formulation de certaines questions, mais aussi de permettre de rajouter si nécessaire plusieurs questions, à notre guide d'entretien, en fonction de leurs réponses.

II.3. Réalisation des interviews

Le rendez-vous avec les internes était fixé au lieu et à un horaire de leurs choix, dans un endroit plutôt calme, afin de limiter un biais externe.

L'interview se déroulait en quatre parties :

- Explication du déroulement de l'interview, ainsi que de son enregistrement à l'aide d'un dictaphone, les internes devaient accepter l'enregistrement.
- Présentation de l'interviewer et explication du but de recherche.
- Interview en elle-même avec présentation initiale de l'interne interrogé.
- Remerciements et proposition de faire parvenir à l'interviewé le travail de thèse.

II.4. Analyse des interviews

Les interviews ont tout d'abord été retranscrites en fichier texte, sur un document WORD. Les fichiers audios ont été retranscrits, mot à mot, sans logiciel de retranscription, afin de retranscrire au mieux, les hésitations et rires qui ont été codés dans les verbatims. Les interviews intégrales sont disponibles sur CD-R, fourni avec la thèse.

Après environ huit interviews, un codage a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo 12 Plus . Le codage a été réalisé afin de créer et relier des catégories entre elles.

Une analyse par triangulation des données a été effectuée. Ce double codage permet d'éviter les erreurs d'interprétation et les oublis liés notamment à notre première expérience dans le domaine. La saturation des données est environ arrivée à la onzième interview, confirmée par les deux interviews suivantes.

III. Résultats

Treize interviews ont été réalisées entre novembre 2019 et mai 2020.

III.1 . Caractéristiques des internes interrogés

| | Sexe | Âge (an) | Niveau d'études (semestre d'internat) | Mission humanitaire | Apport de formation supplémentaire | Durée entretien (minutes) |
|----------------|--------------------------|-------------|--|---|--|---------------------------------|
| I1 | Féminin | 27 | 4ème semestre | Oui, externat et premier semestre | non | 24.37 |
| I2 | Féminin | 28 | post-internat | oui 5ème semestre | Pathologies infectieuses en Guyane et formation pré-départ | 30.16 |
| I3 | Féminin | 25 | 4ème semestre | non | non | 13.24 |
| I4 | Féminin | 26 | 2ème semestre | non | non | 17.57 |
| I5 | Masculin | 27 | 2ème semestre | non | non | 14.12 |
| I6 | Masculin | 27 | 6ème semestre | oui, 6ème semestre | Semestre à Mayotte post-internat et formation pré-départ | 16.44 |
| I7 | Féminin | 27 | 5ème semestre | non | non | 16.28 |
| I8 | Masculin | 28 | 4ème semestre | non | non | 11.26 |
| I9 | Masculin | 26 | 5ème semestre | non | non | 14.56 |
| I10 | Masculin | 33 | 6ème semestre | oui, filière sage-femme | non | 33.00 |
| I11 | Féminin | 27 | 6ème semestre | non | non | 19.13 |
| I12 | Féminin | 26 | 4ème semestre | non | non | 11.13 |
| I13 | Féminin | 27 | 6ème semestre | oui, externat et 6ème semestre | formation pré-départ | 35.13 |
| Moyenne | Femme: 61% Homme :49% | 27.2 | 4.69 semestres | 38 % ont effectué une mission humanitaire | 23% des internes ont reçu une formation supplémentaire en lien avec les pathologies infectieuses | 19.72 |

Tableau 1. Récapitulatif des caractéristiques des interrogés

III.2. Analyse des résultats

Après codage dans le logiciel Nvivo version 12 Plus des interviews, nous avons pu créer un plan répondant à l'objectif principal. Toutes les idées ont été justifiées par des extraits tirés des interviews, citées entre guillemets.

Afin d'ajouter de la clarté dans les propos, les internes interrogés ont été notés sous la forme IX, I pour interne et X correspondant à leur numéro d'interviews.

Toutes les notions retrouvées dans les interviews, correspondant à une sous partie, n'ont pas été notifiées, seules les plus significatives ont été citées, afin d'apporter de la clarté à la partie "Résultats". Les hésitations "euh" et "bah" n'ont pas été retranscrites dans les citations, pour une lecture plus agréable.

III.2.a. Intérêts d'une mission humanitaire

- Apport culturel et humain

La différence de culture ainsi que le fait de pouvoir changer d'horizon sont revenus à chaque interview, comme un attrait et comme l'intérêt principal chez les internes ayant effectué ou non une mission humanitaire. Cette notion est retrouvée dans les interviews **01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13.**

I2 : "Sur le plan sociétal et humain, j'ai appris énormément."

I3 : "Ça permettrait de rencontrer d'autres personnes, et puis aussi humainement, c'est hyper intéressant, ça permet de voir d'autres cultures."; "C'est plus pour dire découvrir autre chose, une ouverture d'esprit dans ma pratique de médecine générale."

- Meilleure prise en charge des patients migrants

En interrogeant les internes, nous avons pu remarquer qu'un des intérêts principaux du stage en mission humanitaire était l'amélioration supposée des connaissances sur les pathologies tropicales, afin de mieux prendre en charge les patients issus de l'immigration.

Nous avons retrouvé cette notion dans les interviews **02, 03, 07, 09 et 13.**

I2 : *“J'en ai tiré c'est sûr, maintenant ça m'arrive, je remplace, [ndlr : j'ai des patients] qui ne parlent pas le français et qui vivent en foyer.”*

I3 : *“Peut-être, être plus ouvert aux autres populations”; “ Je pense que ça peut être utile car il y a une population de plus en plus migrante.”*

- *Amélioration des connaissances*

Certains internes ont soumis l'idée que ce stage améliorerait leurs connaissances en médecine humanitaire, notamment en pathologies infectieuses, sous les différentes formes citées ci-dessous.

L'amélioration en sémiologie a été retrouvée dans les interview **02, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10.**

I2 : *“Ils sont penchés sur la sémiologie, les syndromes alvéolaires, nous on y pense même plus.”*

I4 : *“Je pense que ce serait une manière vraiment extraordinaire d'aborder la médecine dans le sens où ça serait vraiment la clinique pure.”*

Hiérarchiser les besoins est un intérêt cité par les internes partis en mission, **I6 et I13.**

I6 : *“C'est hyper intéressant en médecine générale, parce qu'en médecine générale, on est confronté à des patients qui ne veulent pas passer tel ou tel examen, qui ne veulent pas prendre certains médicaments.”; “Dans ma relation avec le patient, cerner ce dont il a besoin le plus.”*

I13 : *“C'est comme les bios, tu prescris juste sodium et kaliémie, t'as besoin que de ça, tu verras après par exemple . Après il y a des gens qui ont des moyens, donc tu peux mettre ce que tu veux , mais sinon il faut réfléchir un peu comme ça.”*

Selon les internes, participer à une mission humanitaire leurs ont permis, ou leurs permettraient de s'améliorer en pathologie infectieuses, d'autant plus que ce sera des pathologies qu'ils n'ont pas eu l'habitude de prendre en charge en France. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **02, 04, 07 et 09.**

I2 : *“Sur la tuberculose, j'ai appris beaucoup de chose là-bas.”*

I4 : *“Des fièvres de retour de voyage, si on a été dans un pays critique au niveau des maladies, si on les retrouve ici en France, on les retrouvera en “ un clin d'oeil” ici.”*

I7 : *“Ce pourrait être bien, même pour la prévention du paludisme de savoir, enfin de faire un stage en médecine humanitaire, et être confronté à ça, sur une durée plus ou moins importante, ça nous aiderait à acquérir les bases et avoir moins de difficultés une fois rentré en France pour traiter ce genre de pathologies.”*

- *Pathologies évoluées*

Retrouver des pathologies évoluées, ou autrement dit à un stade avancé a été jugé comme intéressant pour l'apprentissage médical selon les internes. Cette notion a été retrouvée chez les internes étant partis en mission humanitaire, mais également chez les internes désirant accéder à une mission humanitaire durant leur internat . Notion surtout retrouvée dans les interviews **04, 06 et 07**.

I6 : *“Des décompensations acidocétosique de diabète, d'HTA déséquilibrée, c'est aussi en rapport avec les conditions de là-bas.”; “Beaucoup de décompensation de pathologies de France, mais le suivi est quand même mieux en France.”*

I7 : *“On sera face à des stades cliniques que l'on a pas l'habitude de voir et qu'on pensera après”; “Toutes les pathologies à des stades plus avancées, que l'on ne voit plus en France métropolitaine, car elles sont prises en charge plus tôt.”*

- *Pathologies non vues en France*

Un des intérêts relatés par les internes interrogés a été d'augmenter sa connaissance médicale, en voyant des pathologies que nous ne trouvons plus ou rarement en France . Notion qui a été retrouvée dans les interviews **01, 02, 03, 07, 09, 10 et 11**.

I1 : *“On a vu des bilharzioses, des ankylostomoses, des anguilluloses, on a vu des elephantiasis [...] il y a des polio ...”*

I3 : *“Puis au niveau des pathologies, des choses qu'on voit pas chez nous !”*

I9 : *“Je me souviens qu'il avait fallu demander un avis en pathologie infectieuse au CHU d'Amiens, et la mise en place des traitements étaient difficiles à cause des interactions avec la Rifampicine et les traitements souvent associés contre les hépatites ... Un vrai casse tête.”*

I11 : *“Après coté intérêts, ce serait justement de découvrir d'autres pathologies qu'on a pas forcément ici !”*

- *Prescrire moins d'examens complémentaires*

Cet item a été une des conséquences relatées par certains internes après un voyage en mission humanitaire. Il est intéressant de se dire, que les internes n'étant pas partis, ont pensé acquérir également ce bénéfice. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **01, 02, 04, 06, 07, 10**.

I1 : *“Un scanner coûte 400 euros [...]ça fait vachement relativiser !”*

I2 : *“Faire quelque chose d'inutile qui pourrait coûter de l'argent.”*

I6 : *“J'essaye d'éviter de faire un bilan sanguin si celui ci a déjà fait récemment, ou j'essaye de le réduire au maximum.”; “Une chose sur laquelle je n'étais pas regardant avant c'était sur le prix des examens.”*

I10 : *“Une réflexion sociale et économique par rapport à notre façon de faire.”*

- *Nouvelle façon de voir les choses*

Cela a permis, aux internes interrogés ou permettrait d'ailleurs de réapprendre la médecine, autrement, en fonction des conditions socio-économiques, mais aussi culturelles.

La mission a changé indéniablement la vision des internes sur plusieurs points, évoqués ci-dessous . Notion retrouvée dans les interviews **01, 02, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11 et 13**.

I3 : *“Pouvoir aborder les choses différemment dans notre pratique quotidienne, même à notre retour en France.”*

I11 : *“Par contre je pense que le point positif c'est le côté social, qui peut nous servir en médecine générale et avec ça, on peut le mettre en application.”*

I12 : *“Au niveau des connaissances et puis surtout, on doit être confronté à des difficultés [...] donc ça peut permettre d'affronter certaines situations complexes émotionnellement ici en France.”*

Les internes ont exprimé la notion d'un rapport différent face au médecin, au niveau légal mais aussi face à la maladie . Cette notion a été exposée par deux internes partis et un autre non parti en mission humanitaire, l'interne **I4**.

I1 : *“Alors qu'à Madagascar franchement, c'est pas qu'on ne peut pas avoir un procès, on pourra moins te reprocher de ne pas faire les examens complémentaires”*

I13 : *“Ici c'est impossible qu'un médecin aille au tribunal parce qu'il y a un retard de diagnostic, du coup ils sont plus cools dans leurs pratiques”; “Après y'a plein de choses pour eux c'est la vie, y'a un monsieur il est arrivé paraplégique, ça fait deux mois qu'il a ça, ça ne gêne personne.”*

Les prescriptions et plans de soin sont également différents qu'en France. Ces notions ont été retrouvées dans les interviews d'internes partis, les interviews **02 et 06**.

I2 : *“J'avais appris des automatismes, notamment au niveau de la tuberculose, les moyens mis en place et les thérapeutiques possibles et ce qu'ils avaient de disponibles pour le diagnostic et la découverte.”; “On voit qu'il y avait des plans, notamment pour la tuberculose ou des TDR pour le palu”*

I6 : *“Ils savent comment procéder pour le renouvellement, ils viennent avec leurs ordonnances, car rien n'est informatisé la bas, ils font leurs biologies avant.”*

- *Voyager et apprendre:*

Les missions humanitaires ont été l'occasion d'associer voyage, découverte et apprentissage d'une vision médicale, avec tout ce qui l'accompagne, qui sera différente. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **01, 02, 06, 08, 10 et 11**.

I1 : *“Quitte à rester une semaine de plus et bouger aux alentours.”*

I2 : *“Les week-ends, j'allais même en solo visiter !”*

I6 : *“Je termine mon internat et je commence les remplacements donc j'avais déjà pour idée de voyager, ce stage à concrétiser ces envies là.”*

- *Stage agréable*

Le stage a été jugé comme agréable, avec un encadrement considéré suffisant par les internes partis . Cela est donc un intérêt pour les internes devant choisir un stage libre dans leurs maquettes. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **01, 02 et 06.**

I1 : *“On a été très bien accueilli par les patients !”; “On a été annoncé par la radio locale.”*

I2 : *“J'ai pas eu vraiment de problème sur les contacts avec les médecins là- bas, j'en garde que du positif vraiment !”; “Je pouvais les solliciter sans problème, j'ai même fait des gardes alors que je déteste ça, ça c'est bien passé !”; “J'étais très contente de ce que j'ai vécu.”*

I6 : *“Des surprises, il y a en a toujours un peu... mais pas sur la seniorisation.”*

- *Se sentir utile*

Nous avons retrouvé chez la majorité des internes, la notion de “*se sentir utile*” ainsi que d’offrir aux plus démunis ce que nous avons et savons.

Cette notion a été retrouvée dans les interviews **01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 10, 11 et 13.**

I1 : *“On a choisi l'hôpital qui en avait besoin !”; “Rénové les maternités et sorti de terre d'un bloc opératoire.”*

I5 : *“Le principe pour moi des missions humanitaires, est de permettre d'apporter la médecine dans des pays, je ne dirais pas sous-développés, mais qui ont moins accès à la médecine que nous !”*

I11 : *“Je dirais se sentir utile pour une population qui est défavorisée sur certains points.”*

La notion d'être le médecin de premier recours, accessible en mission met en avant la notion de se sentir utile. Cette notion est retrouvée chez une interne partie en mission, **I13**.

I13 : *“Si on fait médecine générale dans un pays dit sous développé, tu fais des gestes, tu fais avec ce que t'as, pas forcément en stérile, et ça c'est bien aussi, à des moments.”*

- *Période propice*

La mission a été jugée plus facilement réalisable lorsque nous sommes internes, que lorsque nous avons notre cabinet et que nous sommes impliqués dans la vie professionnelle, par exemple. Il y a une certaine facilité d'accès de ce stage, lorsque l'on passe par l'ONG VISA SANTÉ, ce qui est relatée par les internes, car tout est déjà prévu.

Cette notion est retrouvée dans les interviews **11, 12 et 13**.

I11 : *“Après ce serait se dépayser aussi [...] voir un autre système sanitaire ... et puis découvrir aussi ce que c'est l'humanitaire dans un cadre scolaire.”*

I12 : *“[L'intérêt] Déjà ne pas le faire quand on est installé en libéral, c'est plus pratique, on a pas de cabinet, on a pas de point d'attache.”*

- *Devenir autonome*

L'autonomie a été un argument relaté par nos internes : les missions humanitaires, c'est aussi ne pas prévoir forcément ce qu'il va arriver, un peu comme au cabinet d'ailleurs ! Mais étant le seul médecin, et les hôpitaux étant souvent loins ou non accessibles financièrement aux patients, il faut savoir essayer de soigner les patients avec ce que nous avons à notre disposition, afin de répondre au mieux à ses besoins. Cette notion a été retrouvée avec les interviews **06, 13**.

I13 : *“Donc j'ai pas trop eu d'actes, mais c'était plutôt ça, voir ce qu'on pouvait faire, se débrouiller...”*; *“C'est savoir se débrouiller, sur place avec ce que tu peux avoir donc...que du plus !”*

III.2.b - Les limites du stage humanitaire

- Manque d'expérience

La mission humanitaire encore inconnue ou plutôt mal connue, a pu faire peur aux internes et même être, pour certains, une raison de leurs absences de départ. Le manque d'expérience a été retrouvé dans les interviews **01, 02, 04, 07, 08 et 09**, plutôt chez les internes non partis.

I1 : *“Donc en début d'internat, ça paraît peut-être un peu compliqué, il faut mieux partir à la fin de l'internat.”*

I4 : *“On a pas forcément beaucoup de parasito ici en France ou dans notre cursus.”*

I7 : *“Je ne me sentirai absolument pas capable, j'ai pas vu assez de chose ...”*

I8 : *“Mais on a peut être pas encore l'expérience, pour apporter quelque chose là-bas.”*

- Manque de connaissances

Les internes ont parlé d'un sentiment de difficulté avec la prise en charge des pathologies tropicales, notamment car ils y ont peu été confrontés au niveau clinique durant leurs études. Cela a été retrouvée dans les interviews **01, 04, 07, 09, 10 et 11**.

I1 : *“On est parti avec le Pilly [...] On allait voir souvent nos fiches.”*

I4 : *“Je pense que nous on aurait besoin d'une formation pour nous remettre les idées en place, [...] c'est compliqué pour moi d'avoir un bon rapport avec l'infectiologie!”*

I11 : *“Alors moi je trouve qu'on a quasi pas de formation [...] franchement on est pas équipé pour y aller comme ça sans formation avant, et ça aussi c'est un frein pour y aller. ”*

- Manque de temps

Intégrer la mission humanitaire dans leurs emplois du temps a semblé être difficile pour certains internes qui souhaitaient partir mais qui ne l'avaient pas fait. Cette notion est retrouvée dans les interviews **04, 05, 09, 10 et 12**, toujours chez les internes non partis.

I4 : *“S’organiser un terrain de stage, pour avoir ses congés pendant cette période pour partir.”*

I9 : *“Parce qu’on a beaucoup de choses à faire en dehors, c’est un investissement de temps, je pense à la thèse, je pense aux rapports de stage, et un travail personnel énorme, avec des dates qui nous sont imposées, qui ne nous donne pas une si grande souplesse dans l’emploi du temps, permettant de nous dire, je peux prendre deux mois ou trois mois !”*

- *Loin de sa famille*

Certains internes ont exprimé aussi la difficulté de s’éloigner de leurs familles pendant le temps du stage, surtout s’ils sont mariés et ont des enfants. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **02, 04, 10 et 11**, donc pas exclusivement chez les internes non partis.

I2 : *“Loin de son pays, sa famille...”*

I4 : *“J’ai les attaches qui font que je ne peux pas forcément faire ça !”*

I10 : *“Alors, moi ce qui m’empêche de faire de l’humanitaire c’est, déjà le fait d’être en couple avec un enfant.”*

Se sentir seul est également une notion retrouvée dans les entretiens **10 et 11**.

I10 : *“Les autres limites ... je réfléchis [...], après ce serait plutôt la peur de l’inconnu, de ne pas connaître du monde qui y va en même temps.”*

I11 : *“Interviewer : Tu penses que ce serait bien du coup qu’il y ait d’autres internes pour s’entraider ? I11 : Je pense que ce serait un gros plus.”*

- *Côté administratif :*

Le côté administratif a freiné également certains internes surtout par manque d’informations. Ils n’ont pas trop eu connaissance des documents nécessaires et utiles, ainsi que des démarches à effectuer afin de partir en mission humanitaire. Certains internes ne se sont pas vu quitter leurs terrains de stage et abandonner leurs collègues, pour ce type d’apprentissage.

Cette notion est retrouvée dans les interviews **02, 09 et 10, 11.**

I2 : *“C'est lui [maître de stage, dans le cadre du stage organisé pour la faculté] qui a tout géré, pas que j'aurais trouvé ça trop difficile, mais j'aurais peut être pas passé le pas, peut être que ça aurait été quelque chose qui m'aurait réfréné.”*

I11 : *“Nous présenter le projet ça fait un peu rêver et en fait, pour moi je me suis vite découragée en me disant qu'il y aurait trop de démarches derrière et que je devrais sans doute me débrouiller un peu toute seule [rires] !”*

Certains internes ont pensé ne pas pouvoir se détacher de leurs stages, ou avoir des difficultés à le faire et organiser la prise de vacances conjointement, en raison de la place qu'ils occupent dans les services . Cette notion est retrouvée dans les interview **03, 05 et 10.**

I3 : *“Je pense que c'est un peu difficile de coupler un stage humanitaire à notre cursus.”*

I5 : *“ C'est un peu compliqué, on va dire déjà que les missions humanitaires ne sont pas des stages qui sont intégrés dans la maquette.”*

I10 : *“Mais à mon avis cela ne se fera pas parce que les hôpitaux “feraient la gueule” clairement !”*

- Manque d'informations

Les internes interrogés ont pour la plupart tous été d'accord pour exprimer un manque d'informations de la part de la faculté. Ils ont jugé néanmoins de bonne initiative cette présentation sur le stage “humanitaire” en cours, pour la promotion 2017, mais celle-ci est arrivée trop tard pour quasiment tous les interrogés. Notion retrouvée dans les interviews **02, 03, 04, 09, 11 et 12.**

I2 : *“Ce qu'il faudrait, c'est en parler un peu plus !”*

I3 : *“Je ne sais même pas vers qui me tourner pour pouvoir faire le stage !”; “Car là, je pense que c'est pas très connu et ça empêche quelques personnes de partir...”*

I11 : *“Les limites, ce seraient déjà qu'on est pas au courant de comment s'organise ce stage.”*

Nous avons retrouvé la notion d'informations tardives dans l'interview **07, 09 et 11**.

I7 : *“Ils nous en parlent seulement maintenant, alors que l'année commence et que l'on est en dernière année d'internat, c'est un peu trop tard par rapport à ça...”*

I9 : *“Mais c'était trop tard, c'est arrivé beaucoup trop tard, si ça avait été dit pour la rentrée de l'internat, ou même pendant l'externat !”*

- *Financière*

L'élément financier a été considéré comme un frein par les internes interrogés. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **01, 03, 06, 07, 08, 09 et 11**.

I7 : *“C'est sur notre budget, ça peut être un frein pour plusieurs étudiants.”; “Il faut avancer l'argent, c'est un budget en plus, on a pas tous les moyens de le faire !”*

I8 : *“Le voyage c'est à l'interne de le payer, il n'y a pas d'aide pour le financer...”*

- *Sécurité*

La sécurité est restée un point fondamental à ne pas négliger, lors d'un stage au cours du cursus universitaire pour tous les internes interviewés.

La notion de sécurité a été retrouvée dans les interviews **01, 03, 05, 06, 07, 08, 09 et 10**.

I1 : *“Si en plus il y a des risques, il n'y aura personne !”*

I5 : *“Je n'irais pas faire de la mission humanitaire à 4 km du front !”*

I6 : *“Je pense pas avoir les épaules pour l'instant d'aller dans des zones plus dangereuses !”*

- *Risque sanitaire*

Peu évoqué, il est ressorti néanmoins dans les interviews **08 et 10, 11**.

I8 : *“Un des principaux freins, pour faire ce type de voyage, c’est le risque sanitaire pour nous même, c’est à dire : avoir la turista, le paludisme, même si maintenant il y a des prophylaxies, que plutôt un problème de sécurité, en tout cas pour le Sénégal !”*

I10 : *“Conditions de vie et d’hygiène sont pour moi un frein, de même que la bouffe et la turista [...] donc c’est pour ça que moi l’Afrique ça m’intéresse pas...”*

- *Choc culturel*

La différence de culture a été évidente pour les internes qui ont pu partir en mission humanitaire entre nos pays développés et les pays où se déroulent les missions. Mais les internes qui ne sont pas partis, se doutent effectivement de la présence inévitable d’un choc culturel. Cette notion a été retrouvée dans les interview **01, 02, 04, 05, 07, 09, 10 et 11**.

I2 : *“Il y a des étudiants qui ont dû être rapatrié, car c’est un choc émotionnel et culturel quand même il faut le dire !”*

I7 : *“Il y a des choses aussi que l’on ne voit pas du tout en France, et ça, ça peut être mal vécu.”*

I13 : *“Bon par contre la réactivité ça par contre c’est l’Afrique ! ”*

- *Manque d’apprentissage*

Finalement les internes ne savent pas s’ils pourront appliquer les connaissances acquises sur le terrain à leurs pratiques en France, ce qui a été confirmé par quelques internes partis en mission, vu la différence de moyens entre la France et le lieu d’exercice. Cette notion a été retrouvée dans les interviews des internes partis ou non en mission, interviews **01, 02, 03, 05, 08, 10 et 11**.

I1 : *“J’apprends des choses tous les jours durant mon stage hospitalier, clairement un stage humanitaire, je ne vois pas l’intérêt d’en faire un pendant 6 mois !”*

I2 : *“J’ai peut-être pas appris énormément sur le plan médical...”*

I11 : *“Moi je suis pas sûre que ce me soit utile pour mon exercice après, c’est difficile à juger car on ne l’a jamais vécu, après c’est des pathologies enfin voilà quoi, qu’on ne soigne pas ici !”*

Certains internes ont souhaité partir en mission humanitaire pour l’apprentissage de la clinique, vu le faible taux d’examens complémentaires, cependant voici une limite citée par l’interne **I13**.

I13 : *“La clinique, qu’on a perdu mais qu’ils ont perdu aussi. Alors je sais pas s’ils l’ont vraiment perdu mais eux, ils posent trois, quatre questions , ça rentre dans le truc, on prescrit ça !”*

- Barrière linguistique

Le fait de ne pas parler la même langue a été un frein à la communication lors de la consultation et de la prise en charge médicale. Cet item est retrouvé dans les interviews **02**, **08** et **09**.

I2 : *“J’observais surtout au début, car ils communiquent en wolof, je pensais qu’ils parlaient français moi !”*

I8 : *“Notamment la barrière de la langue et je pense que du jour au lendemain, on ne peut pas être tout seul là-bas...”*

- Mauvais accueil

Cette notion a plutôt été exprimée sous la forme de rivalité entre médecins humanitaires et les autres médecins, qui considéraient l’aide apportée comme déloyale . Cette notion a été uniquement relatée dans l’interview d’un interne parti en mission, interview **01**.

I1 : *“Par contre, par les autres praticiens, pas bien accueillis du tout [...]Il y avait vraiment une rivalité.”*

- *Manque de moyens sur place*

Face au manque de moyens, les internes ont semblé être démunis ou se sentiraient démunis et frustrés. Ils se demandaient s'ils ont, de ce fait, intérêt à aller en mission humanitaire . Cette notion a été retrouvée dans les interviews **01, 04, 05, 08 et 12.**

I1 : *“Cela reste difficile de ne passer à côté de rien, quand on n'a ni radio, ni bio.”*

I4 : *“Effectivement dans nos livres, on va nous dire : il faut faire un bilan sanguin, un scanner, une coproculture, mais là-bas je ne suis pas sûre qu'on ait ces moyens ...”*

I12 : *“Je pense qu'on est habitué à nos pays assez riches, d'avoir tout le matériel nécessaire, là-bas je pense que ce ne doit pas être la même chose !”*

- *Manque d'argent*

Face au manque d'argent, la prise en charge a semblé être compliquée pour les patients, mais aussi au niveau du ressenti des internes pour ceux partis. Ce sera également une raison évoquée face au refus de participer à une mission humanitaire. Cette notion a été retrouvée dans l'interview **01, 02 et 07.**

I1 : *“Si tu trouves un truc et que tu n'as pas de quoi les traiter, les patients ils n'iront pas acheter les médicaments...”*; *“Déjà qu'en France c'est cher, ça reste hors budget pour eux !”*

I7 : *“Et si la personne en face de nous elle a pas les moyens de faire des investigations pour son état de santé, ça peut être frustrant !”*

- *Méthode de travail différente*

Conséquence direct du manque d'argent et du manque de moyens, les internes étant partis en mission ont dû modifier leurs habitudes de travail. Du coup, l'apprentissage de ces nouvelles techniques n'est pas celle qu'il faut adopter en France, selon eux. Cette notion est retrouvée dans les interviews **01, 02, 07, 10.** Les internes non partis se doutent de cette difficulté.

I1 : *“Au début je faisais très peu d'examens complémentaires et cela m'a été reprochée car on m'a dit qu'on avait une obligation de moyens, donc tu fais une radio, une bio, les tropes [...]”*

I7 : *“Parce qu'on a pas la même vision et la même façon de faire que lorsque tu es en France.”*

Ce mésusage des antibiotiques a été retrouvé chez deux internes partis en mission humanitaire, dans les interview **02 et 13**.

I2 : *“Quand tu vois que tu fais une ordonnance sur quelque chose de très simple, une cystite, où elle prescrivait de la ciprofloxacine et que je lui parlais du monuril...” “Ils sont pas du tout en considération de résistances.”*

I13 : *“Les antibiotiques ils en mettent partout, trois pour une angine de 24 heures par exemple, clairement c'est n'importe quoi !”*

Notion uniquement retrouvée dans l'interview 13, en rapport avec la formation des paramédicaux présents sur le stage.

I13 : *“Les plâtres c'est un technicien qui les fait par rapport aux radios qu'on lui donne, alors je ne sais pas quelle est sa formation [rires][...]mais il a pu faire un plâtre comme ça [montre le pied en extension complète] sans anticoagulation, avec rien !”*

Nous avons retrouvé la notion d'une difficulté d'adaptation des connaissances dans l'interview 13, car les médicaments ne sont pas nommés ni utilisés de la même façon au Sénégal qu'en France.

I13 : *“Ah, par contre ça c'est un frein, ils ont toutes les molécules, mais pas les mêmes noms de médicaments, donc il faut tout réapprendre avec eux ce qu'ils ont, sachant qu'il faut connaître également grosso modo les fourchettes de prix, parce que s'il n'y a pas d'argent en face, ils vont dire non non non celui là, il est moins cher !”*

- *Manque d'attrait*

Ce désintérêt est retrouvé dans une seule interview, l'interview numéro **11**.

I11 : *“Alors je suis un peu mitigée entre l'intérêt et pas d'intérêt je dirais plutôt pour moi personnellement pas d'intérêt parce que j'ai pas forcément de projet à partir, à voyager. C'est pas forcément dans mon caractère. ”*

- *Préjugés liés à la médecine humanitaire*

Pour un interne, la médecine dite humanitaire est composée de préjugés, notamment en recherchant et en dépistant systématiquement le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), les hépatites B, les tuberculoses, ce que l'on ne ferait pas obligatoirement chez un caucasien. La notion a été retrouvée dans l'interview numéro **09**.

I9 : *“Donc le fait de faire un dépistage, c'était plein de préjugés aussi, car cela pouvait vouloir dire : comme tu ne viens pas d'ici, tu as une hépatite, le sida, ou la tuberculose. [...] C'était compliqué de trouver une juste mesure et de ne pas vexer les gens.”*

- *Prescriptions influencées par les laboratoires*

Notion uniquement retrouvée dans l'interview 13 lors de son stage.

I13 : *“Après t'as une dizaine de délégués médicaux qui viennent te présenter les médicaments [...] c'est pas les voyages ou la caisse de vin, c'est les tampons, les stylos, la blouse ”*

III.2.c. La mission humanitaire idéale

- *Volontariat*

Abordé dans chaque interview, nous avons toujours retrouvé la base du volontariat. Voici les extraits les plus explicites.

I5 : *“Il faut mieux que cela reste sur la base du volontariat, je pense pas qu'on devrait nous imposer une mission humanitaire.”*

I6 : *“Il y a une chose dont je suis sûr c'est que ça reste du volontariat, il y a un tas de personne que ça n'intéresse pas, ça sert vraiment à rien d'imposer ça !”*

- *Type de mission humanitaire*

Le travail le plus intéressant pour les internes, selon eux, devra être celui qui sera le plus similaire à celui effectué en France. Question posée à chaque interview, cette notion a été retrouvée dans tous les entretiens.

Tout d'abord, le choix a majoritairement été porté sur des missions ressemblant au choix de carrière, soit la médecine générale. Cette idée a été retrouvée dans les interviews **02, 06, 07, 08, 09 et 11**.

I2 : *“J'aime rester dans le cadre de la médecine générale.”*

I6 : *“Tout paraît intéressant, après je pense que c'est ce que l'on veut faire aussi de notre pratique [...] pour de la médecine générale, faire essentiellement des consultations je trouve ça bien.”*

I8 : *“Nous on fait de la médecine générale, donc ce serait bien que cela reste de la médecine générale, je me vois mal gérer des urgences vitales [...] il faut voir des enfants, des adultes des personnes âgées, surtout des consultations !”*

I11 : *“Pour moi ce qui serait formateur, ce serait de faire des consultations de médecine générale.”*

Ensuite, apprendre à la population défavorisée une conduite à tenir sur le long terme, semble être privilégiée et sera même, pourquoi pas reprise par les locaux, plus tard, dans leurs activités futures. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **02, 03, 05, 06, 07, 08, 09, 11 et 12.**

I2 : *“Alors que moi si c'est juste de la prévention sur le diabète, sur ce qu'on mange etc, ça j'aimerais bien le faire.”*

I3 : *“Plus de la vaccination, la contraception, la violence faite aux femmes, prévenir sur ces choses là.”*

I5 : *“En tant qu'interne, le plus intéressant reste la prévention. la prévention primaire avec la vaccination.”*

- Lieux

La sécurité est restée un des points fort pour la mission humanitaire qui serait idéale. La sécurité a été retrouvée surtout dans les interviews : **01, 02, 04, 07, 10, 11 et 12.**

I1 : *“Ce qui est pas mal c'est dans un dispensaire, c'est tenu par des bonnes sœurs, c'est encadré, c'est sécurisé du point de vue de leur échelle car elles sont respectées !”*

I11 : *“Des personnes sur place de confiance qui ont l'habitude d'accueillir des étudiants en médecine, dans des lieux sécurisés qui restent toujours au même endroit, pourquoi pas avoir accès à internet aussi, parce que c'est un moyen de se sécuriser”*

I12 : *“Être directement reliée à une ONG pour être sûr que ce soit bien ça quoi !”*

Certains internes étaient également satisfaits de ce que leur a proposé la faculté et n'y verraient rien à ajouter, comme l'interne 13.

I13 : *“Mais le projet est bien, on est accueilli par M., c'est la personne qui gère l'ONG au Sénégal , qui est responsable au Sénégal. Il gère le nouveau centre qu'ils ont créé il y a trois quatre ans, et avec des cases, on est logé là-bas, on mange là-bas. C'est pas très loin du nouveau centre de santé [...] C'est facile car si y'a de la famille qui vient , il y a aussi des*

cases en location airbnb , c'est pratique, le système est très bien !"

- *Encadrement :*

L'encadrement semble être apprécié mais non obligatoire, selon les différents internes .
Notion qui a été retrouvée dans les interviews **02, 03, 04, 05, 06, 08, 11 et 13.**

I3 : *"Avec un encadrement au début."*

I5 : *"Je pense que les deux premiers mois, il serait nécessaire d'être encadré..."*

I6 : *"Mais qu'il y ait toujours un référent malgré une autonomie des prises en charge."*

I11 : *"Alors pour moi personnellement, il faut mieux être encadré au début, on ne peut pas laisser un interne comme ça tout seul se débrouiller dans un environnement complètement différent..."*

- *Durée*

Plutôt considérée comme un paramètre variable selon les internes interrogés, en effet, la durée peut être variable si l'interne souhaite une première approche, ou plus réellement une formation. Voici les notions les plus contributives repérées dans les interviews **06, 07, 09.**

I6 : *"Trois mois seraient l'idéal." ; "Deux mois, moi ça m'a paru court, c'est quand on part qu'on commence à se sentir bien [...] Après un stage de six mois, ça peut être long.."*

I7 : *"Ça peut être bien de voir ça au moins une fois, même ne serait ce qu'un seul mois et faire le point sur ça."*

I9 : *"Moi l'idéal, je pense que ce serait un trois mois pour valeur arbitraire, en plein coeur du semestre !"*

- *Formation pré-départ*

Comme pour l'encadrement sur place, celle-ci semble être privilégiée mais non obligatoire, la plupart des étudiants étant partis en mission humanitaire ont néanmoins reçu cette formation. Exemple d'une interne partie en mission humanitaire avec l'association VISA Santé, qui lui a semblé intéressante.

I13 : *“C’est un truc tout fait , ça te présente tout le pays, les grandes lignes de l’histoire, le pays comment c’est reparti et les villes, leurs régions, les présidents, enfin les grandes lignes hein, les saisons, les maladies, comme ça, il y a certains trucs, bon les médecins, les africains tout ça ils disaient, on en voit plus [rires], les choses auxquelles il faut penser quand tu vois les gens sur place, les pathologies on va dire surtout infectieuses, le paludisme, les pathologies du voyage, donc ça c’est quand même bien. Il nous laisse un livret à la fin, donc un petit lexique, car ils parlent wolof, certains parlent français mais surtout wolof .”*

- Temporalité

Les internes interrogés sont partagés entre le fait de ne pas aller en mission humanitaire trop tôt, afin d’être autonome et que cela n’ait pas d’importance parce qu’il n’y a pas de moment propice durant l’internat pour y participer.

I12 : *“Être aussi passé par les urgences, c’est à faire après un stage au urgences pour avoir un minimum d’expérience ..”*

I13 : *“Je pense qu’il ne faut pas y aller trop tôt, la 3ème année je pense que c’est bien car on a vu un petit peu tout, on réfléchit mieux, on a des noms de médicaments en tête ”*

III.2.d- Profil

- Motivation personnelle

Notion majeure qui a été retrouvée dans les interviews **02, 04, 05, 07, 08, 10, 12 et 13**.

I5 : *“Je n'en ai pas fait mais j'aimerais en faire un jour, durant mon internat !”*

I12 : *“Je pense qu'à peu près tout le monde est capable mais il faut avoir envie d'aider les autres je pense.”*

I13 : *“Après il faut en avoir envie, aimer ça, et aimer rencontrer des gens qui ont une culture différente, une langue différente, et se débrouiller sur place !”*

- Envie de changement

En effet, les internes ont exprimé une certaine lassitude face aux stages hospitaliers. Cette notion a été retrouvée dans les interviews **02, 03, 06, 07 et 10**.

I2 : *“J'en avais ras-le-bol, mais j'avais marre des périphéries, je sortais du CHU, moi j'en avais marre des gardes, de la pression, j'aime pas l'hôpital... Alors si c'était proposé par la directrice du DMG je me suis dit que c'était l'occasion ou jamais de voir autre chose quoi ! ”;*
“J'ai toujours aimé l'idée de partir en mission humanitaire, parce que j'aime sortir de mon confort en fait, j'aime sortir de l'endroit où je suis basée et voir d'autres choses...”

I3 : *“Voir autre chose ça change un peu que d'être à l'hôpital.”*

I7 : *“Pour quelqu'un qui n'y est jamais allé il faut pas avoir peur de sortir de sa zone de confort !”*

- Ouverture d'esprit

L'ouverture d'esprit a été retrouvée dans les interviews **02, 04, 06, 11 et 13**. Cette qualité a été jugée nécessaire pour effectuer une mission humanitaire.

I6 : *“J’ai toujours été attiré par les voyages, s’ouvrir à d’autres cultures, j’avais déjà fait deux stages à l’étranger : Congo et un stage au Vietnam, donc j’étais un peu habitué !”*

- *Se sentir prêt*

Les internes de médecine générale exposent le fait qu’il faut se sentir prêt avant d’effectuer une mission humanitaire, cela a été retrouvé dans les interviews **02, 04, 06, 07, 11 et 13**.

I2 : *“Si on n’est pas prêt à découvrir et si on n’a pas son esprit en phase avec ce projet ça peut mal se passer.”*

I7 : *“On sort de son confort, donc il faut être capable de le vouloir et de l’accepter !”*

- *Accepter les opportunités*

Les rencontres dans l’entourage professionnel et privé ont parfois permis d’expérimenter de nouvelles choses, comme partir en mission humanitaire. Interviews **11,12 et 13**.

I11 : *“Peut être rencontrer des personnes qui l’ont déjà fait ça peut, peut être, être un petit plus motivant ! Donc ça dépendra peut être aussi de qui je rencontre au niveau professionnel, au fur et à mesure dans ma carrière”*

I13 : *“En fait, j’ai fait mon premier stage de niveau 1 chez Mr D. et c’est là où lui il m’en a parlé”; “Après l’idée de l’humanitaire ça m’a toujours plu, parce que ça part de l’externat [...]on a rencontré médecins sans frontière.”*

- *Humilité*

Être humble, face à cette nouvelle population et ses croyances est aussi nécessaire. Le fait d’être modeste également, sur notre capacité à percevoir les choses :

I6 : *“On est confronté à des situations compliquées quand même où il faut savoir rester humble !”*

IV. Discussion

IV.1. Forces et limites de l'étude au niveau méthodologique

IV.1.a. Forces

Dans notre travail, nous avons souhaité retranscrire les pensées, le vécu des internes sur un thème plutôt nouveau et en développement : la mission humanitaire. Pour cela, utiliser le modèle d'une thèse qualitative nous a semblé le plus approprié.

Comme nous souhaitions relater le ressenti des internes, il semblait peu judicieux de les faire répondre à un questionnaire. L'entretien semi-dirigé permettait de recueillir plus d'informations.

Nous avons donc opté pour des entretiens individuels, afin de ne pas influencer les réponses des interrogés et de limiter l'effet de soumission au groupe (*effet de halo*), que l'on aurait pu retrouver avec les focus group. De plus, le statut de médecin interrogeant un autre médecin, limite les incompréhensions liées au jargon médical.

Notre sujet, visant à évaluer les pratiques d'enseignements dans le domaine de la santé, n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé et nous n'avons donc pas consulté préalablement d'organismes de protection de données ou de la personne avant les entretiens. Notre sujet et notre questionnaire ont également été validés par la commission de thèse du Département de médecine générale (*DMG*).

Nous avons volontairement interrogé deux internes ayant réalisé des missions humanitaires dans un premier temps. En effet, le guide d'entretien a été rédigé par notre raisonnement selon les objectifs auxquels nous souhaitions répondre, mais aussi par la bibliographie, et a ensuite été enrichi par ces deux entretiens.

Nous avons également choisi d'interroger les internes dans l'endroit de leur choix, pensant que cela pourrait favoriser l'échange et le développement de leurs idées, au plus proche de la réalité.

Les internes **I11** et **I12** ont été interviewés par enregistrement audio via application d'appel vidéo sur smartphone, étant malheureusement en période de confinement liée au COVID 19 (*Coronavirus Disease 2019*).

L'interne **I13** interrogé, a également mis à notre disposition son retour d'expérience, à la suite de sa mission du Sénégal, permettant d'avoir d'autres informations et son ressenti, cela n'a néanmoins pas été utilisé dans le recueil de données pour nos résultats.

Les interviews ont été analysé par triangulation pour limiter les biais d'interprétation.

Puis, il a été proposé d'interroger le Dr Ducrocq, le directeur de VISA Santé, organisme amenant des étudiants en mission humanitaire, relié à la faculté d'Amiens, afin de mettre en corrélation son point de vue avec celui des étudiants, dans la suite de notre discussion, augmentant la validité interne de l'étude.

Le tableau de recueil des informations caractéristiques des internes (*tableau 1*), nous permet également de se rendre compte, que la majorité des internes interrogés comportent un parcours classique, sans ajout de diplôme universitaire. Un seul interne **I10**, a changé de parcours professionnel avant d'être interne. Nous pouvons estimer avoir un échantillon représentatif de la majorité des internes de médecine générale de Picardie.

IV.1.b. Limites

Notre étude a certainement comporté un biais de sélection, les internes interrogés étant inévitablement les plus intéressés par le sujet, la plupart ayant déjà participé à une mission humanitaire. Même s'ils sont peu nombreux, tous les internes ne possèdent pas forcément un compte sur les réseaux sociaux, créant un biais de recrutement.

Ceci explique pourquoi nous avons moins interrogé d'internes ne souhaitant pas partir. Il paraissait néanmoins difficile d'obliger des internes ne souhaitant pas répondre à l'entretien, à se soustraire aux questions sur le sujet. Il existe par ailleurs, un biais d'investigation, notamment pour les internes recrutés par connaissance personnelle de l'intervieweur.

Nous pouvons noter également que cette étude est restée la première expérience de ce type pour l'interviewer, ce qui en fait un biais non négligeable. Des artefacts de questionnements (*effet animateur*) liés à nos interprétations du sujet sont inévitablement présents. Partie moi-même en mission humanitaire, il a pu paraître évident pour les interrogés le but de l'étude; cependant au vu du recueil des données, cet artefact n'a pas semblé être important.

Lors du codage des données, nous avons essayé de ne pas traduire les idées des interrogés, selon notre propre interprétation, mais ce biais reste néanmoins possible, comme nous l'avons mentionné précédemment, car cela reste notre première expérience dans la recherche qualitative.

Afin de le limiter au maximum, nous avons réalisé une triangulation des données par une personne extérieure à toute mission humanitaire.

Cependant comme toutes études qualitatives, il a paru difficile d'éliminer la présence du biais de désirabilité sociale, notamment face à un sujet tel que l'humanitaire. En effet, il peut paraître clairement désavantageux pour un interne de ne pas vouloir s'ouvrir à de l'humanitaire.

IV.2. Caractéristiques des internes interrogés

Pour nous, il a été important de recueillir un maximum d'idées différentes au sujet de la réalisation d'une mission humanitaire, c'est pourquoi, il n'a pas été question d'interroger uniquement des internes déjà partis en mission, d'autant plus que la population d'étude aurait été trop peu nombreuse.

Les internes interrogés pouvaient donc être uniquement intéressés, partis, ou non intéressés. Leurs statuts de réponse n'étaient de toute manière pas connus avant l'entretien. Le nombre modeste d'internes interrogés dans notre étude qualitative, ne permet pas de généraliser notre étude à tous les internes de France; les différences d'accès aux missions, selon ce que les facultés proposent, mais aussi financières, étant peut-être plus importantes dans d'autres régions.

Grâce au tableau descriptif, nous pouvons néanmoins décrire et comparer la population d'internes interrogés par rapport à celles que nous pouvons retrouver en Picardie.

Nous avons interrogé des internes hommes et femmes à une hauteur de 61% de femmes interrogées dans notre étude, ce qui correspond globalement à la représentation des nouveaux médecins inscrits en 2018, au Conseil National de l'ordre des médecins (CNOM), 59 % des nouveaux inscrits étaient des femmes.

La moyenne d'âge de nos interrogés est de : 27.2 ans, correspondant à une valeur globalement représentative des internes de médecine générale.

L'intervalle d'âge pour un interne de médecine générale étant généralement compris entre 24 et 28-29 ans, selon les redoublements. En effet, la moyenne d'âge nationale des nouveaux inscrits est de 32 ans selon le CNOM, toutes disciplines médicales confondues.

Les internes n'ont pas réalisé de formation complémentaire durant leur cursus. En effet, cela reste peu fréquent chez les internes de médecine générale, les diplômes inter-universitaires sont généralement réalisés plus tard, lorsque le véritable projet professionnel est trouvé.

Il a été plus facile d'interroger des internes correspondant à la troisième année d'internat, étant moi-même dans cette promotion, sans négliger la proportion d'internes partis en mission humanitaire, plus importante également, du fait de l'avancée des études.

IV.3. Discussion des résultats

Nous avons relié les résultats retrouvés dans notre thèse avec la littérature, finalement assez riche, entre plusieurs travaux, plus ou moins proches du nôtre, mais ayant l'avantage d'étudier toujours une ou plusieurs parties de nos interrogations.

Pensons tout d'abord à la thèse de Guillaume Deschamps, celle que j'ai étudié en premier, la plus proche de la nôtre, réalisée en 2009. Cette thèse étudie les intérêts mais sans parler des limites, d'un stage clinique humanitaire, au cours des études médicales ¹.

Son échantillon d'étude était conséquent car il était composé de soixante-deux médecins de moins de 35 ans.

Nous avons également pu mettre en relation notre travail avec celui de Cédric Berbé, un travail de thèse plutôt descriptif sur la possibilité d'allier médecine humanitaire et médecine générale, chez des médecins généralistes, cette fois-ci installés en Meurthe et Moselle. Cette thèse a associé des réponses fermées afin de définir le profil de ces médecins et des questions plus ouvertes s'intéressant à l'impact sur la pratique quotidienne et l'enrichissement personnel lié à la pratique humanitaire. Il sera donc possible de comparer le profil de ces médecins généralistes, avec le profil de nos internes ¹⁹.

Le travail de Claire Jacquot, effectué à Nancy en 2010, nous a permis de faire un tour d'horizon de la médecine humanitaire pour comprendre ses enjeux propres, se rapprochant de l'étude des intérêts de notre thèse. Elle a permis aussi d'étudier l'étroite relation de la médecine humanitaire et générale à l'aide de témoignages et d'évoquer les difficultés générales qui ont entravé la réalisation des actions humanitaires, se rapprochant alors de l'étude de nos limites ²⁰.

Une thèse plus récente, de 2019, rédigée par Thomas Groseil, a étudié les conséquences des missions humanitaires sur la pratique de la médecine d'urgence, finalement proche de la médecine générale ²¹, tout comme celle de Caroline Lozach, en 2017, sur les conséquences d'une mission humanitaire ²².

Puis à un niveau différent, mais restant dans le cadre de l'humanitaire, comparons nos résultats également à la thèse de Marielle Michelat, sur les motivations à exercer au CASO d'Angers ⁷, de l'humanitaire, mais à échelle locale.

Finissons par un travail, cette fois-ci de santé publique, s'intéressant à la sensibilisation des étudiants en médecine, et pas seulement les internes, à l'engagement humanitaire. Cette thèse a été rédigée par

Bastien Mollo en 2005 ¹⁸, afin de connaître leurs motivations, l'accessibilité à cette formation et les difficultés qu'ils ont rencontrés. Ce travail a été intéressant à mettre en parallèle avec nos résultats, considérant la même population de travail.

IV.3.a. Intérêts:

Les intérêts relatés ont été retranscrits par ordre d'importance ci-dessous :

- *Apport culturel*

L'apport culturel a été cité par tous les internes interrogés. Ils mettent en avant la découverte d'une nouvelle culture, de nouvelles croyances, suite à la participation à une mission humanitaire.

Ce type d'expérience leurs a permis ou leurs permettrait d'être plus ouverts à d'autres manières de penser, qui peuvent être différentes des leurs, mais aussi d'être plus compréhensifs dans leurs pratiques professionnelles.

En effet certains patients ne respectent pas toujours les recommandations de leurs médecins. Les internes comprennent que cette situation peut être liée à la différence de culture, aux déterminants sociaux et culturels, qui ont un impact sur la prise en charge des patients.

Cette notion a également été retrouvée dans un article de la revue du Praticien, écrit en 2004 par Aäch P. et Fassin D. ²³.

C. Jacquot a fait le même constat : *“De la même manière, l'exercice de la médecine humanitaire sur des terrains étrangers au sien peut enrichir la pratique quotidienne du médecin généraliste, en permettant de la considérer sous des angles nouveaux et éclairants”*²⁰, ainsi que T. Groseil : *“Il peut sembler intéressant d'avoir pu s'ouvrir à des visions différentes pendant les missions humanitaires, et ainsi acquérir une ouverture d'esprit, une tolérance et une écoute à l'égard de populations d'origine et de milieux différents”*²¹. En effet, la médecine humanitaire a mis en lumière cette conscience globale de la pratique de *“médecin du monde”* exercée par les médecins généralistes.

Alice Mathieu a démontré dans son travail que les patients étrangers en situation de précarité *“ont parfois perdu leur dignité durant leur migration et ont le besoin de pouvoir redevenir quelqu'un”*. Cette capacité d'entraide n'a été possible que si le médecin a fait abstraction de ses a priori ²⁴. Cela est donc un atout primordial pour l'exercice professionnel du médecin.

L'article *Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée* paru en 2005 dans la Revue Médicale Suisse illustre très bien ce propos ²⁵.

L'apport culturel a concerné également la découverte de médecines alternatives, citée par l'interne **I10**, auxquelles nous n'avons pas été ou peu confrontés durant les études médicales. Cet attrait a également été retrouvé dans la thèse de T. Groseil "*Un des autres bénéfices est la découverte et la mise en pratique de nouvelles médecines, dites médecines alternatives, découvertes dans leur contexte*"²¹.

Cependant, selon G. Deschamps, cet apport culturel ne devrait pas être considéré comme propre aux missions humanitaires, mentionnant que cet atout peut aussi être vécu par de simples voyageurs ¹.

Le voyage et non pas les missions humanitaires pourrait alors être simplement la raison d'une augmentation de savoir sur des cultures différentes.

- *Amélioration des connaissances*

Nos internes ont exprimé le souhait de partir en mission humanitaire pour améliorer leurs connaissances en pathologies infectieuses, situations cliniques pour lesquelles ils ne sont pas forcément à l'aise. Ces pathologies sont, à leur avis, plus fréquentes dans les pays en voie de développement, à des stades cliniques également plus évolués, permettant de mieux les retrouver ensuite dans leurs pratiques.

Thomas Groseil a confirmé l'attente des internes par le résultat de ses recherches : "*Certaines maladies rencontrées sont courantes dans ces régions (tuberculose, paludisme, VIH, malnutrition) ce qui en fait un très bon exercice quant à la pratique de la dermatologie, de l'infectiologie. Mais surtout car les stades des pathologies rencontrées sont plus avancés, la clinique est généralement plus parlante, l'apprentissage de la physio-pathologie peut donc être plus accessible et "intéressant" en matière de pédagogie notamment pour sur les pathologies dermatologiques, tropicales et infectieuses par exemple*"²¹.

Rappelons également qu'un interne de médecine générale avait été régulièrement confronté à des consultations de pathologies infectieuses, en raison de sa proximité avec un centre d'accueil. Nous en déduisons donc que leur prise en charge ne peut pas être négligeable en France, malgré ce que l'on pourrait croire.

Même si nous serons inévitablement confrontés à ces situations cliniques dans notre pratique, nous avons pu remarquer que les internes étant partis en mission, se sont vite rendus compte qu'ils rencontraient essentiellement les mêmes pathologies qu'en France comme le diabète, l'hypertension artérielle, à des stades parfois plus avancés. Les internes ont donc pu se former, une fois là-bas, à la prise en charge de ces pathologies. Étant habituel de les soigner en France, cela leurs a permis de ne pas être démunis dans les prises en charge.

Guillaume Deschamps a confirmé ces propos en montrant qu'au décours de leurs expériences, les médecins ont exprimé un apport pratique et théorique dans certaines prises en charge en particulier dans les domaines de la pédiatrie, les maladies infectieuses ou les soins primaires de médecine générale ¹. Cela est également notifiée dans la thèse de Sophie Beaufumé, sous l'apport clinique que pourra apporter une mission humanitaire, par la découverte de certaines pathologies spécifiques, avec une médecine avant tout clinique ²⁶.

La littérature et nos résultats montrent un apport de connaissances à la suite d'une mission humanitaire.

- Prescription améliorée

Un des principal intérêt attendu et retrouvé après un stage en mission humanitaire, a été la prescription réfléchi des médicaments et des examens complémentaires, même s'il existe une obligation de moyens pour les internes et les médecins, une fois rentrés en France. Cette conséquence est le résultat d'une prise de conscience face au coût de la santé et des examens complémentaires.

Nous avons retrouvé cette modification de prescription dans les travaux de Cédric Berbé avec une diminution de leurs nombres, qu'elles soient médicamenteuses ou d'examens complémentaires, ce qui a confirmé nos résultats ¹⁹.

Cette notion a également été retrouvée dans la thèse de Thomas Groseil : *“Cette réflexion autour de la prescription, a fait développer une forme de responsabilité prescriptrice, par la réflexion de l'intérêt réel et du coût que chaque médecin engendre via ses prescriptions”* ²¹.

Caroline Lozach a aussi exprimé dans sa thèse : *“Travailler dans un milieu isolé, entraîne le médecin à s'affranchir des explorations complémentaires, avec le développement d'une responsabilité prescriptrice”* ²².

Une mission humanitaire permettrait alors une prise de conscience fondamentale sur le coût des examens complémentaires.

- *Prise en charge holistique*

Plusieurs fois évoquée dans notre étude, la réalisation d'une mission humanitaire a permis ou permettrait une meilleure prise en charge de la personne migrante et étrangère, des personnes en situation de précarité, mais également de tous les patients.

Finalement, un stage de médecine humanitaire ouvrirait les yeux aux internes interrogés, et les orienterait vers une médecine plus humaniste. D'autant plus que le médecin généraliste est habituellement le premier témoin de la souffrance des marginaux. Pour des raisons éthiques et de santé publique, nous avons considéré qu'il doit accorder une attention prioritaire aux populations les plus fragilisées socialement ²⁰.

Comme l'a dit Thomas Groseil qui appuie nos propos : *“Aussi, le médecin est amené à rencontrer un patient avec ses propres croyances, sa propre culture, avec un contexte socio-économique et médical différent de la France, cela oblige donc à prendre le patient dans sa globalité, d'avoir une vision holistique au risque de rendre la prise en charge caduque et d'être délétère pour le patient . Cet exercice à soigner le malade dans sa globalité améliore les prises en charge : C'est un changement sur la pratique qui contrairement aux prescriptions d'examens ou autre, n'a pas tendance à s'estomper au fur et à mesure du temps, mais qui persiste”* ²¹.

C. Berbé a retrouvé les mêmes arguments que dans notre travail. Citons : *“En ayant approché la médecine humanitaire, on arrive à faire de la médecine humaniste.[...] La relation médecin-malade semble parfois enrichie par une ouverture et une sensibilisation forte face aux patients d'ethnies étrangères.”*¹⁹.

Les missions humanitaires seraient alors un véritable atout pour notre pratique future.

- *Amélioration de la clinique :*

Ce point a été cité comme un intérêt un peu utopiste, pour les internes non partis en mission. Retrouver la clinique pure est un idéal et permet de ne pas se contenter des examens complémentaires comme l'on pourrait être tenté en France.

Ils ont espéré connaître la fierté d'identifier la maladie du patient, par leurs propres sens, les examens complémentaires étant la plupart du temps inexistantes dans les pays défavorisés.

Pour le docteur Ducrocq que nous avons également interrogé, c'est un des points fondamentaux, de l'intérêt d'une mission humanitaire : *“C'est ce que je leur dis moi, en pratique médicale, vous n'allez rien faire d'extraordinaire, si ce n'est et c'est très important, réapprendre à vous servir de ce que vous avez, ce que vous possédez et ne pas demander des choses que vous demanderiez classiquement en France.”*

Thomas Groseil a exprimé dans sa thèse qu'effectivement, dans le cadre d'une mission humanitaire, les internes ont dû développer une approche différente de leurs aptitudes diagnostiques acquises durant leurs études, notamment par leurs examens cliniques ²¹. Il confirme donc l'intérêt donné par le président de l'association VISA SANTÉ, ainsi que nos travaux.

B. Mollo a aussi confirmé ses propos : *“Le praticien est amené à pratiquer une médecine basée sur la sémiologie médicale, sur l'examen clinique du patient à son chevet. D'après les acteurs médicaux et humanitaires interrogés, cette expérience renforce les bases fondamentales de la pratique médicale, trop souvent délaissées par les médecins en formation au profit des examens complémentaires”*¹⁸.

L'expérience humanitaire permet donc de développer ses compétences cliniques, notamment par un perfectionnement de la sémiologie médicale et par la finesse des examens, ce qui est très utile en médecine générale. En effet, les examens complémentaires ne sont pas forcément disponibles de suite, comme à l'hôpital et pouvoir s'orienter par notre examen clinique est un atout majeur dans ces situations.

B. Hebert a conclu : *“Vous apprenez à relativiser et vous retrouvez les repères sémiologiques un peu oubliés par la médecine moderne. Vous devinez qu'il va falloir éviter les prescriptions de radiologie et de biologie car le premier recours spécialisé se trouve au mieux à plusieurs heures de calèche ou de pirogue.*

*Désormais, sans perdre de vue le risque toujours possible d'une erreur d'appréciation, votre diagnostic et le suivi du malade reposent presque exclusivement sur l'examen physique, sur l'interrogatoire, la palpation et l'auscultation, sur l'épidémiologie et sur les arguments de probabilité”*²⁷.

Et quoi de mieux que ces conséquences positives dans un retour d'expérience écrit par un interne pour exprimer cet intérêt : *“Au fur et à mesure des semaines, je réapprends la médecine comme j'ai toujours rêvé de le faire : en commençant par le commencement. L'examen clinique est remis au goût du jour.*

Chaque matin, je fais le tour d'une dizaine de patients : je sens l'odeur de pomme pourrie de l'acétone, je palpe un pli cutané, je reconnais une anémie sur la pâleur des conjonctives, je distingue les dyspnées d'origine respiratoire, cardiaque, neurologique. Je diagnostique les méningites sur la couleur du liquide céphalo-rachidien”²⁸.

- Adaptation

Les internes ont tous été formels sur cet intérêt. Il a également été notifié par le docteur Ducrocq, lors de notre échange sur les avantages à réaliser une mission humanitaire pendant l'internat.

Il pense et a justifié l'intérêt d'une mission par le fait de développer un esprit critique et un esprit d'analyse qui seront utiles même en France. Ce qui se traduit par prendre un peu de recul par rapport à ce que nous voyons et à ce que nous détectons.

En effet, il se trouve que l'adaptabilité est une compétence essentielle pour un médecin généraliste qui soigne des patients de tous âges, de toutes catégories sociales, passant de la gynécologie à la pédiatrie, des visites à domicile, aux problèmes sociaux...

La totalité des médecins interrogés dans l'étude de T. Groseil précisait également que le bénéfice à partir en humanitaire était d'acquérir une faculté d'adaptation importante ²¹ et G. Deschamps dira : *“Au cours de cette mission, l'interne s'autonomisera donc très vite face à ce “monde nouveau” et c'est comme cela qu'il améliorera son savoir”¹.*

Nous pouvons également faire un parallèle intéressant : nous retrouvons ce bénéfice d'adaptation chez les sages-femmes parties en mission humanitaire ²⁹, qui en faisaient une expérience enrichissante pour leurs pratiques futures.

Cet intérêt est donc commun à tous les professionnels de santé partant en mission humanitaire et, est de toutes les façons, une qualité indispensable, dans ce milieu, d'après notre étude et la littérature.

Les organisations de solidarité internationale (OSI) interrogées dans la thèse de A. Vergne, relatent trois qualités principales d'un bénévole en mission humanitaire : l'adaptabilité, l'ouverture d'esprit et les compétences techniques ³⁰, ce qui montre que l'expérience sur le terrain est riche en apprentissage.

- *Transformation positive globale*

Les internes interrogés sont tous unanimes, pour dire qu'ils sont sortis ou sortiraient meilleurs de cette expérience même si certains n'y sont pas allés... Ils ont acquis un nouveau regard sur la médecine, sont devenus plus expérimentés, ont mieux appréhendé certaines situations et ont également relativisé certaines situations auxquelles ils ont dû faire face.

Cette idée a été retrouvée dans la littérature étudiée : les bénévoles se sont sentis transformés positivement par leurs carrières humanitaires. Ils ont déclaré être plus réalistes et plus pratiques dans leur vie et leur métier, mais ont aussi appris sur eux même et sont devenus plus compréhensifs, ouverts, compatissants et "*socialement conscients*"²¹.

La thèse américaine de Janice Smith a retracé l'expérience d'étudiants inscrits en mission humanitaire et a montré que cela a eu un impact positif en tant que futur médecin généraliste : "*It can have a positive impact on preclinical students' attitudes, including compassion, volunteerism, and interest in serving underserved populations*"³¹. ("Elle peut avoir un impact positif sur les attitudes pré professionnelles des étudiants comme la compassion, le volontariat et l'intérêt à servir les populations en ayant le plus besoin", *notre traduction*)

Autre point important, par cette confrontation aux inégalités, le médecin serait amené à accepter la prise en charge des populations précaires, mais aussi à apprendre à soigner ces populations aux besoins spécifiques, autant à l'étranger qu'en France.

De plus, être médecin signifie surtout soigner les personnes qui en requièrent le besoin, c'est pourquoi les missions humanitaires ont mis en exergue le fait de soigner toutes les patients le nécessitant, y compris la population précaire.

En effet, l'étude de R. Asgary a mentionné que le personnel médical après une mission humanitaire, serait plus réaliste et pratique personnellement et professionnellement, se connaîtrait et deviendrait plus compréhensif, ouvert, compatissant et socialement conscient ³².

Participer à une mission humanitaire, permettrait de favoriser une médecine empathique à l'égard de tous les patients et de limiter les inégalités liées aux conditions socio-économiques.

- *Sentiment de fierté*

Le sentiment de fierté a été unanimement retrouvé dans la littérature à contrario de notre étude. Ceci a pu être expliqué par le fait que nos interrogés n'ont pas, ou peu d'expérience : au mieux une mission à leur actif. De plus, il a pu être également mal venu de se sentir fier de l'aide proposée aux autres durant l'interview. Cependant dans nos entretiens, ce sentiment de fierté a sûrement été sous-entendu par la notion de se sentir utile, ce que nous avons retrouvé pour le coup, unanimement.

L'humanitaire a été vécue comme une expérience ressourçante autant sur le plan personnel que professionnel, selon l'étude de Asgary R. et Lawrence K. ³², permettant de faire naître des sentiments de fierté, d'honneur et d'accomplissement, ce que l'on a retrouvé également dans la thèse de Guillaume Deschamps ¹.

Pour P. Dauvin et J. Siméant dans leurs écrits sur le travail humanitaire, cette réalisation de soi a pu se définir par la construction d'une identité positive exprimée par la fierté, le sentiment d'accomplissement de soi, et la réalisation professionnelle ³³, ce qu'ont exprimé en effet, les médecins interrogés de notre étude, lorsqu'ils ont relaté l'envie de faire de l'humanitaire depuis le début !

Sophie Beaufumé a noté également l'importance du contexte humanitaire avec des besoins croissants, où la rupture avec le quotidien a permis aux professionnels de santé, la recherche de sens et d'utilité et serait un des déterminants au départ. La notion de "*se sentir utile*" a été alors prépondérante chez les médicaux et paramédicaux ²⁶.

Une mission humanitaire permettrait d'augmenter l'estime de soi, en apportant de l'aide aux autres.

- *Diversification de l'exercice*

Un peu avouée égoïstement, la lassitude du quotidien a su trouver avec la mission humanitaire, une rupture avec l'exercice habituel au cabinet médical.

Raisons confessées dans la thèse de M. Michelat afin de confirmer nos propos, montrant alors que les stages hospitaliers conventionnels ne font plus rêver les internes de médecine générale ⁷, comme nous le disait l'interne **I2**.

Partir permet une rupture avec la banalité du quotidien, une polyvalence du terrain, ce que nous avons également retrouvé dans notre étude.

Cela aussi bien sur le plan professionnel que personnel, avec la notion clé du changement d'environnement, permettant ainsi de s'éloigner de la lourdeur administrative, qui a pesé sur les médecins, comme l'a étudié Sophie Beaufumé dans sa thèse de 2017, sur les déterminants du départ en mission humanitaire ²⁶.

Pour conclure cette partie, nous pouvons citer B. Mollo : *“une ouverture sur le monde est décrite comme une prise de recul permettant un développement de l'intelligence, une manière de mieux appréhender les problématiques de santé en France”* ¹⁸. La mission humanitaire permettant de développer certaines qualités humaines importantes comme l'adaptabilité, l'ouverture d'esprit ou l'empathie. Des compétences finalement nécessaires au médecin généraliste, que la mission humanitaire a permis de développer.

IV.3.b. Limites

Les limites d'une mission humanitaire sont indéniablement existantes lorsque l'on compare le nombre d'internes intéressés, avec le nombre d'internes qui part réellement.

- Manque d'informations

Dans notre travail, les internes ont été unanimes quant au manque d'informations de la part de la faculté sur le stage humanitaire, concernant les modalités d'organisation et ce en quoi cela consistait.

Dans la littérature, cette limite n'a pas été retrouvée. Cela a peut-être été liée à la population que nous avons étudié, les internes, peu sûrs d'eux, mais aussi par leur manque d'expérience professionnelle qui les fait douter de leurs capacités, malgré leurs motivations.

Cependant des initiatives ont été mises en place, petit à petit, telle que la présentation sur le stage humanitaire, proposée aux internes de médecine générale de deuxième année. Elle a eu lieu lors d'une journée de cours, où tous les étudiants ont pu y assister. D'autres initiatives ont vu le jour, comme l'accréditation du stage par l'Agence Régionale de Santé (ARS), facilitant sans nul doute la venue des internes.

L'interview du docteur Ducrocq nous a permis de comprendre que des journées d'informations seront dispensées à toutes les promotions d'internes de médecine générale à partir de ce jour, et que le développement du stage, si l'engouement des internes persiste, sera possible. Des journées d'informations plus complètes seront proposées, par contre, uniquement, aux internes intéressés.

Il nous a semblé important de rappeler aussi que tous les internes ayant participé à une mission humanitaire, notamment avec le stage proposé par la faculté d'Amiens, ont pu trouver les réponses à leurs questions et ont eu finalement, peu de chose à gérer avant le départ.

Cependant, si certains médecins décident de partir en ayant peu d'informations, des situations lourdes de conséquences pourraient être engendrées selon certains auteurs....

Nous avons relevé qu'en cas de manque d'informations sur la population et la culture locale, le risque pour le médecin généraliste est de tomber dans un jugement face au patient, qui sera le plus souvent inconscient et fondé sur une appréciation réductrice de sa culture ⁷ et cela augmentera alors le risque d'un mauvais déroulement de l'expérience humanitaire.

Il existe en effet, de nombreux préjugés sur la santé des populations précaires, comme nous le dira l'interne **I9** et que nous avons retrouvé dans un article de la Revue Médicale Suisse ²⁵.

Cette limite évoquée est dans tous les cas, pour la faculté d'Amiens, en cours d'amélioration...

- *Formation initiale non suffisante*

Les internes de notre étude ont tous jugé que la formation initiale délivrée n'était, à leurs avis, pas suffisante, pour partir en mission humanitaire. En effet, ils ont su exprimer une difficulté de prise en charge face aux pathologies infectieuses alors qu'ils pensaient les retrouver fréquemment lors des missions.

Pourtant, comme nous l'avons vu plus tôt, les incidences des maladies tropicales n'ont pas été retrouvées si élevées lors des consultations effectuées en mission. Se priver de l'expérience humanitaire par manque de formation en infectiologie, serait donc dommage.

Des formations complémentaires existent et sont dispensées aux internes de médecine générale. La preuve étant que les internes que nous avons interrogés, déjà partis en mission en avaient bénéficié, mais à leurs initiatives.

Ceci nous a poussé à nous questionner sur l'absence de formation : est-elle vraiment une limite ? Cela ne serait il pas une excuse afin de masquer un manque de motivation de la part des internes qui ne sont jamais partis ?

Nos recherches ont montré que la formation associée à une mission humanitaire n'est en général pas obligatoire dans de nombreuses facultés ⁷, ce qui peut être compréhensible car les missions humanitaires, ne le sont pas non plus. Aucun établissement n'a proposé un parcours pédagogique associant des activités pratiques et théoriques, permettant de rassembler les différentes disciplines concernées (*infectiologie, santé publique, management, sciences politiques, éthique...*), comme l'a montré Bastien Mollo dans sa thèse ¹⁸. Serait-ce une des solutions envisageables ?

Il a semblé que la population médicale partie en humanitaire n'a pas reçu de formation spécifique ou du moins reçu de formation adaptée aux particularités du terrain humanitaire ¹.

Nous avons pu également nous demander si cela ne pouvait pas finalement indiquer que les pré-requis médicaux nécessaires à l'action sur le terrain, n'étaient pas acquis lors de la formation universitaire initiale proposée aux étudiants ?

Nous souhaitons rappeler que cette expérience a eu lieu pour la majorité des interrogés au cours de leurs troisièmes cycles et que finalement, la majorité des pathologies avaient été rencontrées ¹, comme l'affirme Guillaume Deschamps, durant le cursus, ne mettant pas en difficulté les internes. Plusieurs résultats de la littérature tendent d'ailleurs à valider cette idée et une formation spécifique n'est finalement pas jugée nécessaire. Cédric Berbé a mis d'ailleurs en évidence dans son travail, qu'une formation n'avait été dispensée qu'à 26% des médecins interrogés ¹⁹.

E. Chaudesaygue quant à elle, a démontré dans sa thèse qu'une formation hospitalière était tout à fait convenable à une mission humanitaire, car elle était source de confrontation régulière à des traumatismes psychiques permettant d'affronter les difficultés durant la durée prévue ³⁴. L'absence de formation est aussi palliée par la présence de pairs sur place, ce qui a été le cas chez chacun de nos internes interrogés partis, et a ressemblé finalement à ce que l'on peut retrouver, lors de nos études médicales, avec la présence de la séniorisation.

Cet item retrouvé dans notre travail peut donc être minoré, car finalement, une fois sur place, les internes ne sont en aucun cas perdus avec les pathologies qu'ils doivent prendre en charge, d'autant plus qu'ils ne sont pas seuls sur place.

- *Intérêt mitigé*

Certains des internes interviewés lors de notre étude, ont remis en question l'utilité d'un stage en mission humanitaire du fait des milieux d'exercice différents et surtout des connaissances non superposables à l'exercice médical en France. Ces résultats ont été omniprésents dans la littérature. En effet, nous sommes tenus dans notre système de santé à une obligation de moyens, pas toujours compatible avec ce détachement vis à vis des examens complémentaires, retrouvé dans l'humanitaire.

L'exemple nous a d'ailleurs été donné par la première interne interrogée, qui disait avoir réalisé un stage aux urgences juste après sa mission, au cours duquel elle avait été reprise "à l'ordre" car elle ne faisait que peu d'examens complémentaires alors qu'il existait une obligation de moyens en France.

Le contexte étant différent, la notion médico-légale a été citée dans les entretiens, mais également dans d'autres travaux de la littérature, montrant l'importance de l'empreinte de la formation médicale initiale et des réalités de notre médecine occidentale régulièrement convoquée devant la justice. *"Cependant, tous ont pesé la limite de l'impact de leur expérience humanitaire dans leur pratique médicale au retour ; en effet notre médecine s'exerce selon un code de déontologie, avec des pratiques protocolisées. Il n'est donc pas possible, sous couvert d'une expérience humanitaire dans un autre contexte, d'appliquer des pratiques qui ne respectent pas les recommandations médicales occidentales, ou de sortir de son champ de compétences : Beaucoup de médecins ont rappelé l'obligation de moyen qui régit notre activité et donc que l'expérience humanitaire ne doit pas interférer avec notre mode d'exercice mais qu'il faut s'en servir pour parfaire notre pratique"*²².

Le docteur Ducrocq partage également ce point de vue et ne considère pas les prises en charge réalisées en mission comme devant être un exemple à reproduire en France.

Plusieurs internes ont aussi relaté le fait de ne pas avoir pu utiliser les connaissances acquises, une fois revenus en France, soit parce que les pathologies étaient trop différentes ou parce qu'au contraire, ils n'avaient finalement que peu rencontré de pathologies tropicales.

Guillaume Deschamps l'a constaté aussi dans son travail : *"Les pathologies rencontrées n'existent maintenant plus que dans les livres et il les découvre à des stades avancés. L'étiopathogénie n'est pas forcément la même sous nos latitudes"*¹.

Cette limite d'acquisition de connaissances a été présentée dans la thèse de Cédric Berbé et a confirmé la pensée générale : *"La différence de ces deux milieux d'exercice empêchent une intrication des connaissances"*²⁰. Sophie Beaufumé met en avant une médecine de masse, face à une demande très importante, mais aussi une spécificité accrue des pathologies rarement applicable en France, corrélant avec la difficulté d'application des connaissances exprimée par les internes, au retour de mission.

- *Choc culturel*

La notion de choc culturel a peu été décrite par les internes interrogés, qui ont plutôt parlé de différence de culture, ce qui n'a pas été considérée comme une limite mais plus comme un intérêt finalement, des missions humanitaires. Le choc de culture aurait été ressenti principalement à travers le manque de moyens auxquels ils ont dû parfois faire face, pour gérer certaines situations cliniques.

Cependant, le choc culturel est présent dans la littérature, comme l'a écrit l'ancien président de MSF, Rony Brauman, *“Toutes les sociétés produisent leurs représentations du corps, de ses atteintes, de ses failles, des troubles et de leurs raisons. Par conséquent entre un médecin et un patient en France, il y a plus de notions communes que lorsqu'un médecin français exerce au Salvador, en Colombie ou au Tchad . Cet appauvrissement prive le médecin étranger de toute possibilité de comprendre comment les troubles sont vécus et nous cantonne dans l'exercice d'une médecine quasi-vétérinaire. Mais il faut bien accepter cette limite, ou alors s'installer pour longtemps et apprendre la langue du pays”*³⁵.

Ce choc des cultures a pu conduire à des conséquences néfastes importantes pour le médecin partant en mission, pouvant aller jusqu'aux troubles psychologiques. Cela a été décrit dans l'étude d'Elise Chaudesaygue où 12% des médecins ont ressenti des symptômes de stress en retour de mission, dont 47% répondant aux critères d'état de stress aigu ³⁴. S. Beaufumé a décrit, quant à elle, un contre-choc culturel ou syndrome de retour. Le plus dur n'a pas été la mission humanitaire en elle-même, mais bien le retour à la vie d'avant ²⁶.

Pour T. Groseil, un délai de réadaptation a été nécessaire suite à une expérience humanitaire, même courte, du fait du décalage entre ces deux univers ²².

Plusieurs raisons ont pu expliquer que ce traumatisme n'ait pas été décrit par nos interrogés. La plupart des internes interrogés ne sont finalement pas partis, ils n'ont donc pas pu avoir été confrontés à cette réalité de l'humanitaire. Et pour ceux ayant choisi de réaliser une mission humanitaire, le fait qu'ils ne l'ont pas mentionné dans l'interview peut simplement vouloir dire que l'encadrement était bon et qu'ils avaient été bien préparés (*cf. tableau 1*). Nous n'aborderons également pas ce thème dans notre trame de questionnement, ayant repéré cette limite après la réalisation des interviews.

Des facteurs de risque comme les troubles psychologiques ont été reconnus et cités dans plusieurs thèses. Un manque d'expérience, de ressources (mécanismes de défense d'adaptation) et de compétences personnelles telles que l'autonomie, la détermination, la persévérance, l'adaptation et la flexibilité ont favorisé également cet état de fait, tout comme l'absence de ressources matérielles. Afin de les prévenir au mieux, les ONG ont utilisé plusieurs pistes aussi bien avant (formation, préparation), pendant (soutien local et à distance) et après (débriefing) la mission, comme proposées par S. Beaufumé ²⁶.

Le choc culturel a pu se traduire par des difficultés d'intégration dans le pays, ces notions ont été retrouvées dans la littérature, notamment dans la revue de littérature de P. Blasco, R. Gagnayre, dans *Opinions de volontaires sur leur première mission humanitaire* ³⁶. Cette notion a été uniquement relatée et retrouvée dans le premier entretien, non retrouvée chez les autres internes partis en mission humanitaire, mais peut-être car, partis dans le cadre d'un stage humanitaire, qui a l'habitude d'accueillir des étudiants.

La première expérience humanitaire a révélé, en effet, toute la problématique de l'intégration interculturelle. La difficulté face au positionnement des médecins par rapport aux acteurs de santé locaux a également été source de questionnement, tout comme notre rôle dans la formation.... Ce positionnement favorise-t-il un rôle sous-entendu de hiérarchie et de disposition du savoir ?

Les internes interrogés pour notre étude ont considéré également le manque financier et de moyens comme un frein, étroitement lié à un choc culturel difficile.

Savoir ce qui serait bon et utile pour le patient, mais qui n'a pas pu être réalisé en raison des finances des patients, a été assez dur à accepter, pour tous nos internes interrogés, quand on a connu notre système de soin français.

Même si cela a sous-entendu clairement que notre système de soin permet une meilleure prise en charge, il n'a pas été évoqué comme dans la thèse de T. Groseil, que les internes se sont rendus compte de la chance qu'ils avaient d'avoir un système de soin aussi performant : *“Ces découvertes d'hôpitaux sous-équipés, avec des équipes parfois non formées, déclenche chez certains médecins une prise de conscience de la qualité de nos hôpitaux, de nos collègues et de notre formation malgré les difficultés du quotidien. Ce qui leur permet donc de relativiser leurs conditions de travail”*²¹.

Notre travail suppose donc qu'une bonne préparation limite le choc culturel, ce dernier pouvant être responsable d'un mauvais déroulement de la mission humanitaire.

- *Aide temporaire*

Pour plusieurs internes interrogés, le fait d'intervenir de façon temporaire dans la prise en charge des patients et de ne pas pouvoir faire de suivi a été une limite à la participation pour une mission humanitaire. Constat qui a également été fait dans la thèse de Sophie Beaufumé²⁶ et dans celle de E. Chaudesaygue³⁴.

Cela a d'ailleurs été un reproche fréquemment adressé aux organisations de secours humanitaire, de ne pas agir sur les circonstances fondamentales qui font naître les besoins humanitaires, mais de n'être qu'une méthode palliative au manque de soin.

Afin de limiter ce problème, des solutions ont été mises en place telles que privilégier des actions de prévention plutôt que des actions brèves concernant les traitements ou les soins.

Certains protocoles de soin ont également vu le jour afin de ne pas rompre le bénéfice thérapeutique, avec pour fondement de pouvoir continuer ce qui a été fait, avec les moyens disponibles sur place. C'est pourquoi une part de transfert de savoir a été inévitable et a été inhérente à nombreuses missions humanitaires même si ce n'est pas le savoir qui leur manque forcément.

Il a été également question de développer les stages humanitaires toute l'année pour la faculté d'Amiens, à l'aide de l'ONG VISA Santé, pour ne pas rompre le bénéfice de l'action médicale.

- *Limite financière*

La limite financière n'a pas été évoquée par tous les internes, elle est finalement plutôt reliée à un manque d'informations.

En effet, ils existent des aides déductibles des impôts. De plus, lorsque les internes sont partis en mission, par le stage accrédité par l'ARS, ils ont gardé leurs salaires, ce qui a été alors tout à fait compatible, selon eux, avec le financement de la mission, le coût de vie étant inférieur.

Cependant, par manque peut-être de connaissances de ces avantages, l'impact financier que la mission peut avoir avec l'avancement des frais, a souvent été cité négativement et a pu être un obstacle à l'implication et être un critère d'arrêt dans l'engagement humanitaire pour certains médecins.

Cela a été retrouvé dans notre thèse, ce qui paraît compréhensible, quand peu d'internes possèdent un capital financier, mais cet argument a également été retrouvé chez les médecins luxembourgeois dans la thèse de Sarah Weber ³⁷ et chez des médecins français, dans la thèse de Sophie Beaufumé, car lorsqu'ils sont en mission humanitaire, ils ne travaillent pas dans leurs cabinets ³³.

- *Barrière de la langue*

Souvent repérée comme un frein au départ en mission humanitaire dans nos interviews, Marielle Michelat a confirmé nos propos ⁷ sur la barrière de la langue.

Les problèmes de communication verbale ont été décrits comme un frein à la consultation médicale, dans le travail d'Alice Mathieu : *“Elle entraîne une difficulté de compréhension des consignes médicales”* ²⁵ et un isolement du patient et allonge également le temps de consultation, ne permettent pas d'être toujours à l'écoute des demandes du patient, même en la présence d'un interprète qui ne traduit pas toujours fidèlement. A contrario dans la thèse sur l'impact des missions humanitaires sur la pratique d'urgence, elle a été un atout pour la pratique future. Nous n'avons retrouvé cet atout que dans l'entretien deux montrant une amélioration du Wolof parlé, mais qui ne sera pas utilisé dans la pratique quotidienne en France. Même cas chez Guillaume Deschamps, pour qui une amélioration de la capacité à communiquer avec les patient étrangers a été augmentée ¹.

Nos résultats différents viendraient donc de la différence de spécialité, les urgentistes rencontrant peut-être un nombre plus important de patients étrangers, les urgences étant généralement le premier contact avec le parcours médical en France pour les populations étrangères.

Un développement des techniques de communication et de perception, qu'elles soient verbales et non verbales a été proposé comme solution, afin de limiter cette barrière linguistique, dans la thèse de Thomas Groseil ²¹.

- *Vie personnelle et professionnelle*

Faire coïncider mission humanitaire et vie personnelle a semblé difficile pour les interrogés et a pu être un frein au départ. En effet, le fait d'avoir une famille rendrait plus compliqué la participation à de l'humanitaire pour les internes interrogés, ce qui est le cas également pour certains médecins ³⁸.

Les antécédents médicaux ont également été évoqués comme un frein. Ces limites sont également retrouvés chez S. Beaufumé sous le terme frein temporel ²⁶.

Dans cette catégorie, nous pouvons aussi évoquer la limite temps par l'aspect chronophage d'une mission humanitaire, mais le problème se pose également à l'échelle locale, dans des associations qui complexifie la gestion de la sphère privée et professionnelle ⁷.

Les principaux obstacles à la poursuite du travail dans l'optique humanitaire, comprenaient les obligations familiales, la fatigue au travail, trop de temps sur le terrain, l'absence de vie sociale, d'autres engagements ou objectifs de carrière, les conflits financiers et la frustration générale avec le domaine humanitaire ⁷.

- *Conditions de vie et de travail différentes*

Regroupant plusieurs points évoqués auparavant, certains internes estiment que c'est une des limites au voyage humanitaire.

Les conditions de vie par rapport à la France, sont en effet différentes, notamment au niveau du logement mais aussi, prenons en compte le climat, beaucoup plus chaud et aride, les conditions sanitaires, pouvant ne pas être au rendez-vous, ce qui est facilement compréhensibles quand vous n'avez pas d'eau courante à disposition ...

Nous avons retrouvé ce type de témoignage dans l'article d'Asgary R. : *“You live under very difficult circumstances...sleeping in tents, terribly hot, humid, there were insects everywhere, we didn't have proper hygiene....the food was the same every time...”*³² (notre traduction, Vous vivez dans des conditions très difficiles ... dormir dans des tentes, terriblement chaud, humide, il y avait des insectes partout, nous n'avions pas une bonne hygiène ... la nourriture était la même à chaque fois ...).

Sophie Beaufumé les a relevés également en montrant leurs difficultés associées : difficultés d'accès, lieux isolés associés à une perte de repères et les difficultés liées au climat ²⁶.

Certains internes ont rapporté la confrontation à une misère intense, à de nouvelles procédures de travail, l'importance des besoins vis à vis des moyens, le sentiment de frustration de ne pouvoir faire plus ainsi que la violence des situations rencontrées : mortalité infantile, blessures de guerre, ce que l'on a peu l'habitude de voir en France. Sophie Beaufumé retrouve ces éléments comme limites professionnelles du terrain et confirme nos propos en retrouvant la frustration des médecins dans ses entretiens ²⁶, tout comme E. Chaudesaygue ³⁴ ou comme l'a montré, R. Asgary dans son article sur les caractéristiques, déterminants et perspectives des médecins humanitaires expérimentés : *“Witnessing the suffering, and realizing that your impact is important, but you're not going to change the life of the person...This is very very tough . If you save this kid from malnourishment and he comes back 1 month later still malnourished, it's tough sometimes. And it [is] difficult to see all the misery ³².”* (notre traduction, Être témoin de la souffrance et réaliser que votre impact est important, mais que vous n'allez pas changer la vie de la personne ... C'est très très difficile. Si vous sauvez cet enfant de la malnutrition et qu'il revient un mois plus tard, toujours en malnutrition, c'est parfois difficile. Et il [est] difficile de voir toute la misère)

Une interne interrogée a trouvé ces situations néanmoins formatrices, l'expliquant par la relativisation des situations difficiles en France.

Cependant, il a été évoqué une diminution de la sensibilité et de réceptivité aux pathologies bénignes du malade au retour en France, ainsi qu'une augmentation de la sensibilité aux pathologies plus lourdes ce que je n'ai pas retrouvé pas dans mon étude . Cela a-t-il été le résultat d'une population d'étude qui fut différente et qui ne concerne que les internes ayant peu de recul sur leur pratique future ?

L'article de R. Asgary a révélé également un travail difficile comme ont pu exprimer également, les internes interrogés, par la quantité de consultations réalisées en une seule journée : *“Overworking, overwhelming emotional exposure, hardship in the field, lack of self-care, poor personnel management, and underlying or pre-existing emotional conditions were the most common given reasons for burnout”* (notre traduction, le surmenage, une exposition émotionnelle importante, des difficultés sur le terrain, le manque de soins personnels, une mauvaise gestion du personnel et des conditions émotionnelles sous-jacentes ou préexistantes étaient les raisons les plus courantes de l'épuisement professionnel) ³².

L'interne **I1** parlait de 700 patients vus et consultés.

Les missions humanitaires lieu de confrontation à la réalité du monde, peut être difficile à vivre et à accepter pour certains internes.

- *Répercussions*

Non cités dans nos entretiens, nous avons retrouvé certaines conséquences citées comme des limites dans la thèse de Charles Vanbelle sur la place du médecin généraliste dans les organisations de solidarité internationale. En effet, la moindre erreur peut avoir des répercussions fortes et durables ³⁷.

Beaucoup de paramètres sont à prendre en compte avec, par exemple, le risque de maintenir les locaux dans un syndrome de dépendance, d'aggraver les inégalités sociales, de pénaliser les agricultures locales en distribuant des vivres gratuitement ou de déresponsabiliser les autorités locales ³⁸.

Un des internes interrogés a parlé de la légalité de notre venue en mission humanitaire, nous avons également retrouvé ce questionnement dans la thèse de G. Deschamps quand il a dit *“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”* ¹. Certains reconnaissent même que l'étudiant a plus à y gagner que la population locale. C'est pourquoi certains pays où se déroule l'action humanitaire, ont refusé l'intervention sur leurs populations de médecins considérés *“en formation”* dans leurs pays d'origine.

IV.3.c. Profil humanitaire :

Le profil humanitaire a été étudié dans de nombreuses études, nous pouvons alors comparer nos résultats :

- Attrait pour le voyage, le changement

Les internes interrogés, partis en mission humanitaire, ont tous exprimé aimer voyager.

Cédric Berbé a relevé dans son travail ce même argument, favorisant la décision de partir en mission humanitaire, pour la première fois ¹⁹. Il a ainsi appuyé nos résultats, mais nous avons aussi remarqué que l'absence de voyage antérieur, à contrario, a pu être reliée à la peur de l'inconnu et donc être un frein au départ pour les étudiants.

Même si selon les internes interrogés, il n'y a pas de profil type, l'envie de voyager a été assimilée à une envie de changement et à une ouverture aux autres. Le voyage et l'aventure est entendu comme recherche d'un dépaysement pour les étudiants interrogés par Bastien Mollo, également en accord avec nos résultats ¹⁸.

Sophie Beaufumé a aussi retrouvé les mêmes traits de caractère favorisant un départ en mission humanitaire, que ceux retrouvés dans notre étude, avec une sociabilité marquée des interrogés ²⁶, des personnes altruistes qui aiment la différence ou l'échange avec des gens de différentes origines et cultures pour S. Weber ³⁷.

- Médecin généraliste :

Dans notre thèse, nous n'avons pas littéralement retrouvé la notion de médecin généraliste comme profil idéal pour partir en mission humanitaire. Mais les internes l'ont sous-entendu fortement, en justifiant qu'un interne de médecine générale a tout à fait sa place au sein d'une mission humanitaire, de part ses connaissances, et d'autres part, par son accessibilité comme médecin de premier recours.

Le fait que les médecins généralistes soient très sollicités par les ONG pour participer aux missions humanitaires comme nous l'a décrit Claire Jacquot dans sa thèse, nous a incité à penser que leurs compétences sont adaptées à ce mode d'exercice ²⁰.

Nous avons retrouvé également sur leur portail d'accueil ⁵, dans la catégorie profils recherchés : médecin généraliste à coté de celui d'urgentiste ou pédiatre.

En effet ces deux spécialités sont si proches comme nous l'avons déjà montré, que le champ d'action du médecin généraliste est tout à fait superposable à celui du médecin humanitaire, voir même indissociable.

- *Apprécier le travail d'équipe*

L'envie de travailler en équipe est globalement relatée dans la littérature, comme dans les thèses de T. Groseil ²¹, de M. Michelat ⁷ et dans celle de Sophie Beaufumé ²⁶. Cela est restée un atout et un trait de caractère important pour réaliser une mission humanitaire, car ce sera inévitable de travailler en accord avec les paramédicaux : les infirmiers et les agents locaux. La mission humanitaire est finalement une expérience humaine et humaniste.

Cela n'a par contre, pas été retrouvé dans nos entretiens, peut-être car nous avons interrogé des internes de médecine générale, qui ont généralement eu l'habitude de travailler seuls en cabinet.

Alors qu'un médecin urgentiste, population d'étude de T. Groseil, travaillera toujours en équipe. Cependant, cela aurait pu être évoqué comme rupture avec le quotidien, comme on pu l'exposer certains des médecins généralistes à Angers, s'engageant dans le CASO ⁷.

- *Posséder un minimum de connaissances*

La plupart des internes sont d'accord sur le fait qu'un départ mission humanitaire au tout début de l'internat, n'est peut-être pas idéal. Il faut mieux avoir des bases solides au niveau des connaissances et un minimum d'expérience.

C'est pourquoi MSF recrute des internes avec une expérience minimale de quatre semestres, avec un obligatoirement en pédiatrie ⁵.

Dans sa thèse sur les premiers départs en mission humanitaire, E. Chaudesaygue a montré qu'une information sur notre rôle en tant que médecin humanitaire, sur des mises en situation et sur des retours d'expérience permettraient d'éviter cet effet de surprise. Cela permettrait même de préparer les médecins à s'adapter à leur environnement de travail et de mieux l'appréhender ³⁴.

C'est ce que nous a dit également le docteur Ducrocq, quand nous l'avons interrogé. Il faut utiliser la formation de prédépart contre les effets néfastes que peut apporter une mission humanitaire, suite à une mauvaise préparation.

Posséder une base de connaissances paraît non négligeable avant de partir en mission humanitaire.

- *Être motivé*

Mise en avant, la motivation des internes est quasiment retrouvée dans tous les entretiens de notre travail et serait même le seul élément à juger, permettant un départ pour le docteur Ducrocq, qui gère les recrutements d'internes, avant leur départ, via l'association VISA SANTE.

Chez G. Deschamps, plus la motivation est forte, plus elle a été le gage d'une bonne préparation et par conséquent, d'une bonne adaptation pour la mission future ¹, ce qui montre que cela est resté un point important, confirmant alors nos résultats.

Dans le travail humanitaire de J. Siméant, et Pascal Dauvin, la première des motivations a été la motivation "*morale*" : servir une cause juste serait la base de toute forme d'engagement avec un désir d'aller vers l'autre de façon désintéressée ³³.

S. Weber a complété l'idée de la motivation avec l'idéalisme et l'altruisme ³⁷ : l'état d'esprit de départ doit comprendre une envie du don de soi et une volonté d'engagement auprès de celui qui a été dans la souffrance. Une volonté d'apprendre à connaître d'autres cultures et d'autres personnes a semblé aussi une caractéristique sine qua non.

Intimement liée avec la vocation, comme citée dans la thèse de S. Beaufumé, nous retrouvons la motivation, dans les déterminants du départ en mission humanitaire ²⁶.

- *Situation psychologique stable*

Cette notion ne sera pas citée dans notre étude, mais sera retrouvée dans la littérature. La situation psychologique stable paraît effectivement inévitable au bon déroulement de la mission humanitaire.

Lors de notre interview avec le docteur Ducrocq, des éléments pouvant limiter le bon déroulement des missions humanitaires sont ressortis : il a pu nous dire que chaque rapatriement effectué, même s'il y en a eu peu, était lié à des raisons psychologiques.

Nous avons donc pu générer l'hypothèse qu'une situation psychologique stable est garante d'un bon déroulement d'un stage humanitaire.

Il est difficile en effet d'être efficace dans notre prise en charge, dans notre apprentissage et d'apporter notre aide aux autres, si nous n'avons pas les moyens d'être en paix avec nous même.

La littérature, a retrouvé en effet que les difficultés personnelles fragilisent l'équilibre émotionnel de l'expatrié comme S. Chaudesaygue dans sa thèse ²⁶.

La personnalité et le caractère du médecin doivent être compatibles avec les défis de la mission, pour être utile et efficace. Une bonne résistance physique et psychique a été nécessaire : penser qu'une mission humanitaire pourrait résoudre nos problèmes personnels et partir pour cette raison est inévitablement liée à l'échec.

C'est pourquoi, bien connaître ses motivations avant le départ, a permis de limiter les désillusions, nées d'un trop grand décalage entre les raisons du départ et la confrontation avec le terrain, ce qui pourrait participer à aggraver une fragilité psychologique ³⁴.

En conclusion pour cette partie, nous avons utilisé la thèse d'Amina Yala, thèse d'histoire, mais intéressante car elle est parvenue à définir six profils différents de volontaires humanitaires.

Tout d'abord, « *l'idéaliste* » caractérisé par une vocation inébranlable et par un engagement personnel puissant et désintéressé.

En second lieu, « *le militant* » pour lequel le volontariat est un moyen de propager ses idées ; puis « *l'opportuniste* » qui par une volonté de quitter la France, imagine la mission comme un moyen de réaliser son rêve.

Ensuite, « *l'occasionnel* » qui considère la mission comme une parenthèse dans sa vie socio-professionnelle, « *le professionnel* » et enfin, « *l'aventurier* » ³⁸.

J'ai retrouvé un mélange de tous ces profils chez les internes interrogés et il serait intéressant d'ouvrir notre recherche sur une nouvelle étude en lien avec la présence ou non d'un élément déclencheur avant le départ en mission humanitaire : une opportunité comme dans certaines de nos interviews, mais comme le retrouve S. Beaufumé, C. Berbé et A. Yala, des éléments déclencheurs comme un accident de vie personnel ou professionnel en étudiant les déterminants du départ en mission humanitaire, chez les internes de médecine générale.

IV.3.d. Mission idéale

En fin d'entretien, il est proposé à tous les internes, même ceux ne souhaitant pas partir, d'exposer leurs avis sur une mission humanitaire type, idéale, pouvant dans tous les cas, être utile et formatrice, pour les internes de médecine générale pendant leur cursus.

- *Sécurité*

Le point numéro un, abordé par tous les internes, a été celui de la sécurité minimale avant de s'engager dans une mission humanitaire .

Le niveau de sécurité exposé par les internes a été différent pour plusieurs d'entre eux, notamment en fonction de leurs profils, comme nous l'avons exposé dans la précédente partie.

Le manque de sécurité a pu effrayer et limiter le départ chez de nombreux internes, notamment avec l'émergence des attentats évoquée par les médias à l'encontre des services de secours humanitaires.

Le Parisien Etudiant a également exprimé qu'il est fortement déconseillé de se rendre dans des endroits dangereux lorsque nous sommes étudiants, en listant également les possibilités pour partir sereinement ³⁹, n'excluant pas l'idée, mais en y apportant des solutions.

Afin d'améliorer la sécurité sur place, un droit international a été créé, et des consensus européens permettent de donner un cadre et des limites à cette spécialité qu'est la médecine humanitaire, afin de contrer les dommages collatéraux.

A Amiens, les internes partant avec VISA SANTÉ, sont en contact avec un médecin local sur place pour les aider ou les aiguiller si besoin vingt-quatre heures sur vingt quatre, leurs permettant d'avoir un soutien.

La notion de sécurité a évidemment été retrouvée dans la littérature. Tout comme il a été nécessaire d'assurer des conditions de vie saines et de risques modérés, la notion de sécurité a fait l'objet d'une attention toute particulière. L'environnement dans lequel va évoluer l'étudiant doit être stable politiquement et son rôle ainsi que ses objectifs de travail doivent être clairement définis et compris par la population locale, comme l'a confirmé dans sa thèse G. Deschamps mais aussi S. Beaufumé.

C'est pourquoi la plupart des internes en France se sont engagés avec des ONG nationales comme MSF : *“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.”*

Seul un entretien dans notre étude, l'interne **I5** a été indifférent face à ce paramètre, il peut être expliqué comme l'a relevé dans la thèse de S. Beaufumé, par la notion d'adrénaline ²⁶.

En revanche, dans l'ouvrage de J. Siméant et P. Dauvin ³³, l'aventure, le risque et l'émotion ont été retrouvés volontairement avec une recherche du danger, vivre des situations romanesques comme une quête héroïque, ce qui n'a pas été principalement mis en avant par nos médecins

- *Durée*

La durée a été un paramètre très variable selon les interrogés. Elle pouvait être courte, sur des vacances pour une première approche; ou bien plus longue, comme deux ou trois mois, pour un temps de stage plus approfondi.

Les internes interrogés ont confirmé néanmoins que toute expérience de ce type a été intéressante à vivre, quelle que soit sa durée en considérant nos disponibilités et contraintes.

B. Mollo a retrouvé également ce point de vue dans son mémoire, où pour lui, l'important serait de faciliter la venue des étudiants mais pour permettre de pérenniser les actions de solidarité, surtout vis-à-vis des partenaires locaux et des populations aidées ¹⁸.

Dans la littérature, on a retrouvé une durée de mission de 15 jours ²¹ pour des internes d'urgence, et des durées de mission n'excédant pas un mois, sur les premières missions humanitaire, dans la thèse d'E. Chaudesaygue : une courte durée a été très vraisemblablement un élément rassurant ³⁴. Cette option a été proposée par deux internes que nous avons interrogés, quitte ensuite à y retourner plus tard.

Ce paramètre est resté très fluctuant selon la population étudiée, en effet, les médecins interrogés, ayant une activité libérale, ont privilégié des missions courtes compatibles avec leur activité, ne dépassant pas trois mois, pour Sarah Weber ³⁸, en s'assurant du sérieux de l'association. Cependant, les internes sans contrainte notable, n'étaient pas contre des stages un peu plus long afin d'acquérir plus de connaissances et de savoir.

- *Moment*

Tous les internes interrogés ont estimé qu'une mission humanitaire, si elle était facilement réalisable, est à réaliser durant l'internat. En effet, comme l'a expliqué l'interne **I12**, une fois installé en libéral, cela devient plus difficile d'être disponible.

Les autres internes ont relevé une ouverture d'esprit à avoir, avant l'entrée active dans le milieu professionnel. On a retrouvé également, une vie d'aventure et d'altruisme, une expérience à réaliser pendant la vie étudiante dans tous secteurs, comme l'a montré l'article de *Le Parisien étudiant* ³⁹, c'est une des motivations également évoquée par Sarah Weber ³⁸.

G. Deschamps a retrouvé aussi que l'internat a semblé être le moment propice pour une telle expérience ¹. Faute de quoi, la population médicale a perdu en motivation, en particulier en terme d'idéalisme, et elle est surtout moins disponible. Nous avons pu penser également, qu'après l'internat, le frein de la vie de famille a joué également, nous le retrouvons en limite chez des internes un peu plus âgés, notamment l'interne **I10**, qui a dit ne pas pouvoir s'absenter trop longtemps, car il avait une fille.

À contrario, dans le travail de E. Chaudesaygue avoir un enfant ne semble pas être un facteur limitant. Et pour aller plus loin, nombreux sont les médecins à partir avec leurs enfants (30%), dans la thèse de S. Weber ³⁸.

Chez les médecins installés, même réflexion : les conditions professionnelles ont fait que pour la plupart des médecins interrogés, l'exercice libéral ou l'exercice seul a été défavorable à un engagement humanitaire, surtout sur le terrain international. Il faut pouvoir trouver le bon moment et ainsi pour la plupart des médecins travaillant seuls, les actions humanitaires ont eu lieu aux deux extrêmes de la vie professionnelle, avant l'installation ou en retraite ³⁸ ou lors d'action locale comme au CASO d'Angers ⁷.

- *Lieux*

Le pays où sera réalisée la mission humanitaire n'a pas semblé être un déterminant important, pour les internes que nous avons interrogé.

Cependant, les médecins ont souhaité un lieu sécurisé comme nous l'avions évoqué plus haut, surtout pour dormir, avec notamment un confort minimum. Le trajet entre le logement et le lieu de travail doit être simple et sans risque pour eux, car il faut souvent s'y rendre seul.

L'ONG VISA Santé a pensé à ces points, comme nous le dira le docteur Ducrocq : le lieu de travail est très facile d'accès par bus, les logements sont spacieux et confortables, avec des accès wifi, pour ne pas trop dépayser les étudiants. Il est aussi important de veiller à ce que les étudiants ne deviennent pas une charge pour les acteurs locaux.

Il a été préconisé que ce stage soit effectué en CHU où l'encadrement existe déjà ou dans une autre structure, mais à condition que celle-ci ait les moyens d'un encadrement suffisant.

G. Deschamps s'est intéressé aussi à la structure d'accueil de l'étudiant, lors d'une mission humanitaire, car l'apprentissage de santé primaire est dépendante du contexte, donc celle-ci doit être optimale.

- *Type*

Nos internes ont privilégié deux types de mission humanitaire : la prévention, puis celle de développement, pour des consultations similaires à celles de médecine générale.

La littérature, contrairement à nos résultats, a plutôt retrouvé une première entrée en mission par une mission d'urgence. Guillaume Deschamps a confirmé cette idée : *“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.”*¹

Pourquoi n'avons nous pas retrouvé pas les mêmes résultats ? Peut-être car la plupart des internes interrogés sont, peut-être partis via l'association reliée à la faculté de médecine d'Amiens, et celle-ci propose plutôt une mission de type développement. Les internes non partis ont peut-être été également conditionnés en quelque sorte, avec la présentation du stage en mission humanitaire. L'hypothèse également envisageable est l'envie d'un premier départ sécuritaire, donc ne correspondant pas à une mission humanitaire d'urgence

Certains ont exprimé l'idée qu'une première mission humanitaire d'observation, pour se rendre compte des réalités du terrain pourrait être intéressante également, avant une mission humanitaire où l'interne serait au plein de ses fonctions. Cela ressemble finalement fortement à ce qui est pratiqué dans notre cursus d'internat de médecine générale : une phase d'observation, puis une autonomie progressive.

Cette alternative est également évoquée dans le travail de P. Dauvin et J.Siméant, où les missions d'urgence faisaient peur aux médecins, et qu'une phase d'observation, les rassureraient ³³.

- *Volontariat*

Un des traits essentiels au bon déroulement d'une mission humanitaire, peut-être même le plus important, a été considérée comme 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. C'est ce que confirme la thèse de Deschamps G. ¹ étudiant la même population d'étude que la nôtre, mais nous l'avons retrouvé dans quasiment toutes les sources de la bibliographie.

Aucun article ou thèse n'a montré, par ailleurs, une obligation de travail en mission humanitaire et nous avons du mal à comprendre comment obliger des personnes à aider les autres.

- *Sélection et formation pré-départ*

Les internes ont suggéré une petite formation ou même simplement des conseils de la part des autres étudiants, afin de se mettre à niveau avant de partir. Certaines thèses ont préféré évoquer la sélection des bénévoles humanitaires, permettant de vérifier les pré-requis ou les connaissances médicales du médecin envoyé en mission humanitaire, comme l'a évoquée G. Deschamps ¹.

Cependant il n'a pas été courant de tester le médecin sur ses compétences, surtout s'il veut aider les autres et donner de son temps à visée altruiste. Les organismes humanitaires qui recrutent des médecins s'en sont remis généralement aux justificatifs de formation médicale apportés par le praticien et ne se sont que peu permis d'évaluer les compétences médicales de celui-ci ¹. Une préparation au départ a été dispensée, une fois les bénévoles plus ou moins sélectionnés.

Dans la réalité des choses, il a été par contre presque systématique de recevoir une formation pré-départ par l'organisme humanitaire pour les bénévoles d'autant plus que l'ONG est de grande ampleur, nous le retrouvons aussi dans notre étude.

La préparation est adaptée au contexte. L'interne ou le médecin sera informé sur l'histoire, la culture, la religion, la politique et les conditions sanitaires du pays. Ce type de préparation nous a été cité par les internes partant via l'ONG VISA SANTE.

Tous sont d'accord, pour dire qu'elle a dû comporter un certain nombre de prérequis, notamment en géopolitique, avant tout départ en mission humanitaire, afin d'être utile. Les a priori du volontaire sur la mission qu'il va devoir effectuer ne devront pas être négligés.

S. Weber confirmera ces propos ³⁸.

Pour la plupart des médecins interrogés, la compréhension de la culture a été fondamentale et a même eu un impact sur la qualité des soins ¹. Cette phase de préparation permettrait de limiter des décalages perçus sur le terrain de mission et d'éviter les troubles de l'adaptation, de mieux appréhender les questions culturelles, organisationnelles et pratiques inhérents à la mission. Malheureusement, ces formations ont trop souvent été faites dans la précipitation au moment du départ, pour des raisons de disponibilité des médecins ¹, même si pour les bénévoles cela a quand même permis d'améliorer leurs confiances en eux et ainsi de mieux appréhender le départ. Serait-ce la même observation, si les internes partaient dans la brousse, avec peu de moyen, plutôt dans des cases de santé que dans un hôpital ?

Pour aller plus loin, face à cette situation et le manque de préparation des médecins, un rapport de la Commission nationale permanente du CNOM sur le « *rôle du médecin face à la précarité* » a été adopté en première proposition et il paraît indispensable qu'une formation initiale soit introduite dans le cursus des études médicales. Pour elle, ce type de formation ne peut être optionnel, car soigner les plus démunis ne peut être facultatif.

- *Formation sur place*

Autant si une formation n'a pas semblé absolument nécessaire sur place, la présence de pairs a été très appréciée et réconfortante pour les internes que nous avons interrogé et comme nous l'a dit G. Deschamps ¹.

L'environnement dans lequel se trouve l'interne a été une des choses influençant sur l'apprentissage, le mieux étant d'être au sein d'une équipe, afin de favoriser l'intégration et si besoin l'apprentissage de la langue.

En effet, une mauvaise intégration ou un défaut de formation ont pu être des facteurs participant au sentiment d'une mauvaise mission, comme nous le dira la première interne interrogée.

Nous relevons l'importance de l'encadrement indissociable de la formation sur place, comme soutien, mais aussi comme sécurité pour le bon déroulement d'une mission humanitaire .

- *Avec qui partir ?*

En France, rares sont les facultés de médecine où l'on a proposé à l'étudiant, des stages orientés sur la précarité ou même au niveau international.

Les médecins en formation ont donc dû se tourner vers d'autres structures s'ils voulaient mettre à profit leurs compétences médicales dans un but philanthropique. Pour cela, ils ont été nombreux à déposer leurs candidatures auprès des organismes humanitaires français.

Des médecins, parfois internes, sont partis en mission humanitaire pendant une disponibilité au cours de leur cursus ou sur leurs vacances, car peu de facultés ont reconnu ces expériences comme « *validantes* » au même titre qu'un autre stage clinique de troisième cycle *1*.

La Croix Rouge française a proposé depuis 2006 des terrains de stages humanitaires aux internes des facultés françaises. Pour une durée de 6 mois, la CRF s'est engagé auprès du CHU de rattachement des internes à assurer l'encadrement pédagogique de l'interne.

Pour cela une convention de stage a été signée entre l'organisme humanitaire et l'organisme de formation de l'étudiant. Ce dernier s'est engagé à assurer la rémunération de l'interne pendant la durée de son stage humanitaire, pendant que la CRF l'a pris à sa charge les frais de transport et de vie sur place, ce qui a permis de favoriser l'accès des étudiants, à ces stages.

Partir avec une ONG de grande renommée, a été une alternative pour de nombreux médecins également, la plupart ont témoigné des conditions d'encadrement et d'approche sécuritaire assurant une pratique adaptée au contexte local au sein d'une équipe expérimentée étant rassurante *1*.

Afin de limiter l'appréhension du départ, les médecins sont partis le plus souvent en comité réduit, renforçant et probablement facilitant le soutien et la cohésion entre les coéquipiers, favorisant une bonne intégration, point vu dans le chapitre précédent.

Néanmoins ils existent des associations à échelle locale comme le “CASO d’Angers”, permettant d’informer les étudiants du sanitaire et du social ⁷, ils ont essayé de développer des consultations menées par les étudiants en fin de cursus de médecine, afin de les amener à réaliser des consultations humanitaires, sans pour en autant en avoir certains désavantages, comme le coût lié au transport et à l’hébergement.

- *Retour*

Au retour en France, les internes interrogés n’ont pas eu spécialement d’attentes, peut-être car tous les internes inclus dans notre étude, ne sont pas partis et ne se rendent pas compte de la réalité du terrain.

Mais dans la littérature, la réalisation éventuelle d’un débriefing formel et plus largement la capacité du médecin à exprimer ce qu’il avait vécu lors de sa mission, ainsi que les possibilités d’écoutes dont il bénéficiait fut largement plebiscité.

Par conséquent, quelle que soit la manière de le faire, il est aussi important de préparer son retour et pas seulement et uniquement son départ.

R. Asgary dira dans son article, ce qui conforte l’idée d’un soutien au retour en France : “*Also recommended were improved work–life balance, good social support, institutionally supported mental health education, and postfield counselling and debriefing*”³¹(notre traduction, il a également été recommandé d’améliorer l’équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, un bon soutien social, une éducation en psychologie, soutenue par l’établissement et des conseils et un débriefing après le terrain”).

V. Conclusion

Cet ensemble de résultats nous laisse imaginer qu'un nombre important d'internes est intéressé par une mission humanitaire, au cours de son internat : par intérêt personnel, volonté d'engagement et disponibilité ...

Cependant, l'offre des organismes humanitaires leur est parfois limitée pour des considérations éthiques et des difficultés organisationnelles .

Nous savons aujourd'hui que les missions humanitaires apportent un savoir supplémentaire autour de la prise en charge du patient migrant ou non, tout à fait compatible mais surtout bénéfique, à la médecine générale.

Il est difficile de qualifier ce bénéfice précisément car il est propre à chacun, selon l'expérience vécue par les internes et ce qu'ils en ont retirés .

Ce qu'il en ressort, reste néanmoins, une meilleure connaissance des maladies tropicales, avec une amélioration de la sémiologie et de la clinique pure intéressante en médecine générale. Le savoir médical est également augmenté au vu des pathologies présentes sur le terrain : stade avancée, malnutrition, parasitologie ...

Mais et surtout, une meilleure adaptation dont fera preuve l'interne à la suite de cette expérience, face aux autres cultures, face aux différentes croyances, face aux différents niveaux de connaissance, aux différences de langage.

Globalement, les bénévoles se sentent transformés positivement par leur carrière humanitaire. Ils déclarent être plus réalistes et plus pratiques dans leur vie et leur métier, mais ont aussi appris sur eux-même et sont devenus plus compréhensifs, ouverts, compatissants et *«socialement conscients»*. Les internes en retirent donc une vision plus humaniste du patient, en considérant dans la prise en charge ses croyances, ses peurs, ses difficultés et s'y adaptent plus facilement.

Cependant, cet atout est limité par la différence entre nos deux systèmes de soin. Les pays où se déroulent des missions humanitaires sont le plus souvent victimes d'un manque financier et de moyens importants, face à notre système de soin français, où l'obligation de moyens est omniprésente, ne permettant pas le développement des mêmes pathologies, notamment par les campagnes de vaccination, de prévention, et les prises en charge médicales précoces.

Il serait même préjudiciable pour les internes d'exercer ici, comme ils l'ont appris là-bas et ce n'est pas l'intérêt. Mais nous pouvons voir qu'ils en retirent pour la plupart une responsabilité médicale, avec une réflexion sur la juste valeur des examens complémentaires, mais aussi sur le coût des traitements et des alternatives possibles avec une hiérarchisation des problèmes, qualité prédominante en médecine générale.

Toutes ces valeurs ajoutées ne permettent pourtant pas de généraliser et d'obliger des internes de médecine générale à partir en mission humanitaire, notamment en raison des conséquences délétères que cela peut amener à l'interne, s'il n'est pas prêt .

N'oublions pas le choc culturel, ainsi que les difficultés d'adaptation, l'éloignement familial, mais aussi les risques sur place, sans oublier la part financière qui n'est pas négligeable, même si des aides sont disponibles .

Il paraît néanmoins, très intéressant et enrichissant, de favoriser le départ des internes en mission humanitaire, comme le développe actuellement la faculté d'Amiens et d'autres faculté en France et de recommencer cette étude dans quelques années, quand nous aurons plus de recul des apports des missions humanitaires et un nombre plus important de participants afin de connaître, l'usage dans la pratique professionnelle qu'en retire les internes de médecine générale.

Bibliographie

1. Deschamps G. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales [Thèse]. Grenoble : Faculté Joseph Fourier, médecine Grenoble; 2009. 134 p.
2. Organisation mondiale de santé, définitions [en ligne], [consulté le 12/07/2019], disponible sur <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>
3. CICR , Définitions et Histoire [en ligne] [consulté le 06/05/2020], disponible sur <https://www.icrc.org/en/doc/who-we-are/history/150-years/>
4. Rapport de la Commission - Direction générale de l'aide humanitaire (ECHO) - Rapport annuel [en ligne] 2006, [consulté le 06/05/2020], disponible sur <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52007DC0555:FR:HTML>
5. Médecins sans frontière [en ligne], visité le 06/05/2020 <https://msf.fr>
6. ONISEP, fiche métier "médecine humanitaire"[en ligne] , [consulté le 05/09/2019], disponible sur www.onisep.fr/ressources/univers-metir/metiers/medecinhumanitaire
7. Michelat M., Motivations des médecins à exercer au centre de soins et d'orientation de médecin du monde à Angers [Thèse]. Angers : faculté de médecine; 2017. 192 p.
8. BIOFORCE, Aide humanitaire et ONG : Repères chronologiques [en ligne] 20/11/2012 [consulté le 15/09/2019] disponible sur : <https://www.ritimo.org/Aide-humanitaire-et-ONG-Reperes-chronologiques>
9. Kolb R., De l'assistance humanitaire: la résolution sur l'assistance humanitaire adoptée par l'Institut de droit international, session de Bruges. Bruges; 2003
10. Velasco-Pufleau Luis. Chansons humanitaires, dépolitisation des conflits et moralisation des relations internationales à la fin de la Guerre froide. Relations internationales, Presses Universitaires de France, 2013, pp.109-123. ff10.3917/ri.156.0109ff. fhal-01758602f
11. Larcan A. Etats et médecine humanitaire, Académies des sciences morale et politique.2000; Paris.
12. Unknow autor . Humanitaires, un métier à risque. La Croix [En ligne]. 2004 [consulté le 26/08/2019]. Disponible sur https://www.la-croix.com/Actualite/Monde/Humanitaire-un-metier-a-risques-_NG_-2004-01-13-499279
13. Vinhas S. La sécurité des humanitaires en question. Humanitaire [En ligne]. 37 | 2014 [consulté le 19 août 2019]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2916>
14. Réseau des pratiques humanitaires, édition révisée en 2010, Revue des bonnes pratiques 8 [En ligne]. [mis à jour en 2010; consulté le 29/09/2019] . Disponible sur https://odihpn.org/wp-content/uploads/2011/03/GPR8_revised_edition_French.pdf
15. Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J., Svab I., Ram P., Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [en ligne], mis à jour en 2002, [consulté le 12/07/2019], disponible sur <https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
16. Germain M., Coumau C. L'humanitaire un terrain de formation pour les jeunes médecins. Pourquoi Docteur [en ligne]. 2013 [consulté le 04/07/2019]. Disponible sur <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/3611-L-humanitaire-un-terrain-de-formation-pour-les-jeunes-medecins>
17. Quarante O. Des missions à l'étranger pour les internes . Le Quotidien du médecin [en ligne]. 2013 [consulté le 04/07/2019]. Disponible sur https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/10/14/des-missions-letranger-pour-les-internes_650486

18. Mollo B. La sensibilisation des étudiants en médecine à l'action humanitaire [Mémoire de Santé publique et développement] CNAM; 2007.
19. Berbé C. Médecine générale et action humanitaire, étude descriptive auprès des médecins généralistes de meurthe et moselle exerçant en cabinet libéral [Thèse]. Nancy: Université Henry Poincaré I; 2008
20. Jacquot C. La médecine humanitaire : histoire et enjeux, pratique et leçons. Relations entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages [Thèse]. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.
21. Groseil T. L'impact de l'expérience humanitaire sur la pratique de médecine d'urgence [Thèse]. Angers : Faculté de médecine d'Angers; 2019.
22. Lozac C, Impact en mission humanitaires internationales chez le médecin généraliste [Thèse] .Montpellier : Université de Montpellier, UFR de médecine; 2017.
23. Aiach P. Fassin D. L'origine et les fondements de l'inégalité sociale [en ligne]. 2004 [consulté le 14/07/2020]. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf
24. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale : étude réalisés dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants [Thèse]. Lille : Université de médecine; 2011.
25. Durieux-Paillard S., Loutan L. Diversité culturelles et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée, Revue Médicale Suisse, 2005, volume 1
26. Beaufumé S. Les déterminants du départ en mission humanitaire chez les médecins généralistes [Thèse]. Lyon : Faculté de médecine Charles Meriaux; 2017
27. Hébert B. Abord Clinique d'une mission humanitaire. Paris : Springer; 2009. Hébert B. Abord Clinique d'une mission humanitaire. Paris : Springer; 2009.
28. Drummond D. Interne au bout du monde , Laennec, 2013/3 (Tome 61), p. 42-50. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2013-3-page-42.htm>
29. Decuyper C. L'engagement humanitaire chez les sages-femmes : motivations et impact de courte durée [thèse]. Lille : école de sage femmes de Lille; 2018.
30. Vergnes A. La place du médecin spécialisé en médecine générale dans les organisations de solidarité internationale médicales françaises en 2011.[Thèse] Grenoble : faculté de médecine Joseph Fourier; 2011
31. Smith, Janice K, and Donna B Weaver. "Capturing medical students' idealism." Annals of family medicine vol. 4 Suppl 1,Suppl 1 (2006): S32-7; discussion S58-60.
32. Asgary R, Lawrence K. Characteristics, determinants and perspectives of experienced medical humanitarians: a qualitative approach BMJ Open 2014;4:e006460.
33. Dauvin P., Siméant J. (2002) le travail humanitaire : les acteurs des ONG, du siège au terrain. Paris : Presses de Sciences Po.
34. Chaudesaygue E. Première mission humanitaire : difficulté et risques psychologiques pour les médecins [Thèse]. Lyon: faculté de médecine; 2014.
35. Brauman, Rony. Penser dans l'urgence : parcours critique d'un humanitaire. Paris : Editions du seuil, 2006. 270 p.
36. Blasco P., Gagnayre R. Opinion de volontaires sur leurs premières missions d'aide humanitaire « Santé Publique » 2002/3 Vol. 14 | pages 289 à 299 [en ligne] : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-3-page-289.htm>
37. Weber S, Médecine humanitaire et conditions d'engagement des médecins luxembourgeois. [Thèse] Nancy : Faculté de médecine de Nancy; 2017.
38. Yala A. Les inévitables ambiguïtés du volontariat : les volontaires des organisations non volontaires français (1997-2002) [thèse d'histoire] Paris : Paris 1; 2003.
39. Rédaction du parisien étudiant . Le Parisien étudiant. Partir en mission humanitaire [en ligne] . 2011[consulté le 14/07/2020]. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/info/partir-en-humanitaire-volontaire-mission-humanitaire.html>

Guide d'entretien

Phase d'introduction : présentation de l'interviewer

“Bonjour, je m'appelle Charlotte, je suis interne de médecine générale à Amiens et j'ai réalisé une mission humanitaire . C'est pourquoi je cherche à savoir les intérêts et les limites pour les internes de médecine générale, de réaliser un stage en mission humanitaire au cours de l'internat”

Phase de début d'entretien : Je te laisse te présenter succinctement, ton parcours professionnel (autres, stages réalisés, réalisation de DIU) afin de ne pas méconnaître des paramètres influençant certaines réponses .

Question d'ouverture : *Avez vous rencontré des situations cliniques de pathologies infectieuses ? Quelles ont été vos difficultés s'il y en a eu ? partir en mission humanitaire aurait amélioré les choses dans votre prise en charge ?*

Thème 1 : Les intérêts généraux d'une mission humanitaire s'il y en a pour l'interne

Thème 2 : Les limites à la réalisation d'une mission humanitaire s'il y en a

Orientation si besoin par l'interviewer de l'utilité d'un interne en mission, qu'apporte t-on ? Qu'en retire t-on ? Ou si non partis, que pensent-ils en retirer ?

But : développer les intérêts et les limites

Thème 3 : Mission idéale, pour ceux qui sont partis, ce qu'ils changeraient ou garderaient et pour ceux non partis, ce qu'ils pensent être favorable à l'amélioration des connaissances.

Thème 4 : Profil type d'un interne s'il y en a un, facilitant le bon déroulement de la mission.

Conclusion : Avez vous quelque chose à ajouter ? Discussion sur un rappel des principales idées et remerciements par rapport à la participation

Résumé

Intérêts et limites d'un stage en mission humanitaire chez les internes de médecine générale, au cours de leur internat en Picardie.

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 internes de médecine générale

Introduction : L'augmentation des voyages et de l'immigration a modifié la patientèle du médecin généraliste. Pour prendre en charge ces patients, il a besoin d'une connaissance ethnique, religieuse et culturelle. Beaucoup d'internes sont intéressés par l'humanitaire et souhaiteraient participer à une mission. Quelles sont les raisons qui les motivent à partir ou non ? L'objectif principal de cette étude est donc de connaître les intérêts et les limites d'un stage humanitaire, au cours de l'internat en Picardie. **Matériel et méthode** : Une étude qualitative a été menée auprès de treize internes de médecine générale, par entretiens semi-dirigés. **Résultats et discussion** : Ce travail a montré une motivation forte de la part des internes de s'engager dans une mission humanitaire. Ils pensaient améliorer leur niveau clinique en retrouvant la sémiologie, sans examen complémentaire. Ils souhaitaient faire face aux pathologies infectieuses et tropicales, soigner des patients avec une culture et des croyances différentes... Mais de nombreuses limites les freinaient dans leur envie de partir tels les problèmes organisationnels, administratifs et le manque d'informations. Le manque de moyens des pays où se déroulaient les missions humanitaires, comparé à notre système de santé pouvait être frustrant pour les étudiants, une fois sur place, et rendait difficile l'application des connaissances acquises, dans leurs pratiques futures. **Conclusion** : Un stage en médecine humanitaire selon les internes, permettrait d'acquérir de nombreuses qualités nécessaires à un futur médecin généraliste. Ils existeraient néanmoins des limites non négligeables, mais qui sont pour la plupart toutes perfectibles.

Interests and limits of an internship on a humanitarian mission with general medicine interns during their internship in Picardie.

Introduction : *The rise of travels and immigration had changed general practitioner's patients. In order to take care of these patients, the intern needs religious, ethnic and cultural knowledges. A lot of interns are interested in humanitarian aid and would like to go on an assignment. What is their motive to leave? The aim of this study is to understand what the interests and limits are of doing humanitarian aid during the residency period in Picardie.* **Material and methods**: *a qualitative study had been run with thirteen general practitioner interns through "half directed" interviews.* **Results and discussions** : *As a result of this study, it was showed a strong motivation from interns in doing humanitarian aid mission. They thought they would improve their clinical level by getting back to semiology without additional examination. They wanted to handle directly with tropical and infectious pathologies, treating patients that are having different beliefs and from different cultures... Despite of their interest of leaving, several constraints were slowing them down such as organizational and administrative issues or shortage of information. Compared to our health care system, the lack of resources within the countries where humanitarian aid missions were taking place could be frustrating for students once they were on site. Therefore, it was then getting difficult to apply their acquired knowledges as well as for their future practice.* **Conclusion** : *According to interns, an internship in humanitarian medicine would enable the acquisition of several qualities that will be necessary for a future general practitioner. However, there are significant limits but most of which can be improve.*