



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie-Laure GAUCHER

le 9 Janvier 2012

STAGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN MAURITANIE : INTÉRÊTS DANS LA FORMATION MÉDICALE INITIALE

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Alain GERARD
M. le Professeur Serge BRIANCON
M. le Professeur Jacques HUBERT
M. le Professeur Alain AUBRÈGE

Président
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD – Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMHILLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section : (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Rhumatologie)*

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (*à c. 1.12.2011*) - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur Alain GÉRARD

Professeur de Réanimation Médicale

*Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez en acceptant de
présider ce jury de thèse.*

Nous vous exprimons ici nos sincères remerciements et notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère estime.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jacques HUBERT

Professeur d'Urologie

Assesseur Relations Internationales

Nous sommes honorée de vous compter parmi nos juges.

Nous sommes sensible à l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Alain AUBRÈGE

Professeur Honoraire de Médecine Générale

Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de diriger ce travail avec spontanéité et disponibilité.

C'est avec un profond respect et une grande estime que nous vous exprimons nos sincères remerciements.

A ma petite Maman adorée. Tu restes et resteras toujours un des piliers de ma vie. Je t'aime, tout simplement.

A Emilie, ma grande soeur et deuxième maman. Ce travail est aussi le tien, l'aboutissement d'un long chemin où ta bienveillance, ta confiance et ton soutien ont été sans faille. Même si je m'envole loin de toi, mon amour pour toi et ta petite famille n'a pas de limite ni de frontière.

A Aurélie, ma cousine. Ta présence dans les moments difficiles a été inestimable. Pourvu que ça dure!!

A Amandine, Elodie et Emeline, mes inoubliables amies du monde merveilleux de Longuey. Vous m'avez accueilli à bras ouverts et fait de ce premier stage d'interne un moment unique. Merci.

A Jenny, mon amie. Partie trop vite, ta joie de vivre et ton amour de la vie sont pour moi un exemple.

A Monsieur le Professeur Jean-François Mattéi, au Docteur Bernard Simon, à Melle Nelly Rollin, à Emmanuelle et à l'ensemble du personnel de la CREF en France et en Mauritanie. Vous avez tous contribué à rendre possible cette expérience humaine hors du commun. Votre accompagnement, vos conseils et votre soutien ont été des plus précieux. Merci.

A Soufiane, ma rencontre inattendue. Tu as bouleversé ma vie et mes projets. Pour le pire...mais surtout pour le meilleur!! Wanibik wa nbrik omri.....jusqu'à....

A Zahra et à tous les Mauritaniens pour leur accueil et leur gentillesse....

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	16
1.1	Objectifs de formation.....	17
1.1.1	Formation médicale initiale.....	17
1.1.2	Référentiel métier.....	22
1.1.3	Remarques sur la formation.....	24
1.2	Données de la littérature sur la formation des stages à l'étranger.....	25
1.2.1	Généralités et objectifs des stages internationaux.....	25
1.2.2	Exemples de programmes internationaux.....	26
1.2.3	Intérêts et avantages dans la formation.....	28
2	EXPÉRIENCE PERSONNELLE EN MAURITANIE.....	30
2.1	Circonstance du choix de stage et formalités de départ.....	30
2.2	Contexte général du stage.....	32
2.2.1	Données générales sur la Mauritanie.....	32
2.2.2	Organisation du système de santé.....	33
2.2.3	Données de santé publique.....	37
2.2.4	Protection sociale en Mauritanie.....	38
2.3	Description du stage.....	40
2.3.1	Généralités.....	40
2.3.2	Activités réalisées sur place.....	41
2.3.3	Difficultés rencontrées.....	48
2.3.4	Bénéfices retirés.....	53
2.4	Le retour à la vie française.....	56
3	DISCUSSION.....	57
3.1	Un stage hospitalier comme les autres?.....	57
3.1.1	Similitudes.....	57
3.1.2	Dissemblances.....	58

3.2	Retentissement sur la formation initiale.....	59
3.2.1	En terme de savoir.....	59
3.2.2	En terme de savoir-faire.....	61
3.2.3	En terme de savoir-être.....	62
3.3	Retentissement sur les compétences du référentiel métier.....	63
3.3.1	Compétences enrichies.....	63
3.3.2	Compétences mises de côté.....	67
3.4	Retentissement humain et personnel.....	68
3.5	Comparaison de notre expérience avec les données de la littérature.....	69
3.6	Conditions de réussite.....	71
3.7	Réponses à nos remarques sur la formation.....	75
 CONCLUSION.....		 78
 BIBLIOGRAPHIE.....		 79
 ANNEXES.....		 82

Liste des abréviations utilisées

ARV= Antirétroviral

CHN = Centre Hospitalier National

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CIDMEF = Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française

CNAM = Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE = Collège National des Généralistes Enseignants

CNSS = Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CRF = Croix Rouge Française

CTA = Centre de Traitement Ambulatoire

DMG = Département de Médecine Générale

ECN = Examen Classant National

HDJ = Hospitalisation De Jour

INSM = Institut National des Spécialités Médicales

NIH = National Institutes of Health

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONG = Organisation Non Gouvernementale

PVVIH = Personnes Vivants avec le VIH

SASPAS = Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SRAS = Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

USB = Unité de Santé de Base

VIH = Virus d'Immunodéficience Humaine

WONCA = World Organization of National Colleges, Academies

1 INTRODUCTION

Partir étudier à l'étranger est une expérience qui ne ressemble à aucune autre. De plus en plus d'étudiants décident au cours de leur cursus universitaire d'approfondir leur formation en partant quelques mois dans un pays étranger. Tous les pays du monde, toutes les filières universitaires sont concernés par ce phénomène. A travers des programmes comme Hippocrates ou Erasmus, les universités françaises sont elles aussi résolument tournées vers l'international.

Le domaine de la santé n'échappe pas non plus à ces thèmes de mondialisation à travers les migrations des populations, la médecine des voyages, les risques de pandémie mondiale tels la grippe aviaire ou le SRAS (=syndrome respiratoire aigu sévère), mais aussi les pandémies actuelles avec la tuberculose ou le VIH/Sida qui ne connaissent pas de frontières. La médecine d'aujourd'hui ne peut plus ignorer ce qui se passe dans le reste du monde, susceptible d'entraîner des changements rapides dans l'épidémiologie des maladies. Le médecin généraliste est tout particulièrement concerné par ces modifications. Il est en première ligne pour recevoir les malades de tous horizons et répondre aux interrogations de la population. Il a besoin de comprendre les différences culturelles et ethniques, leurs impacts sur les maladies, la santé et les traitements.

Les facultés de Médecine semblent les lieux privilégiés pour sensibiliser, former et préparer les futurs professionnels de soins primaires à cette dimension internationale de la santé.

Au cours de la formation initiale de l'étudiant en Médecine Générale, il est reconnu par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) que les stages cliniques sont les lieux par excellence de l'apprentissage (1). Il est donc licite de penser qu'un stage clinique dans un pays étranger développerait les capacités en santé internationale de l'étudiant.

A travers notre expérience personnelle, nous nous sommes demandé en quoi notre stage de six mois en Mauritanie s'est révélé formateur pour nous interne de Médecine Générale. En définitif, peut-il être admissible qu'un stage à l'étranger soit validant au cours du troisième cycle de Médecine Générale au même titre que les autres stages?

Dans la première partie de ce travail, nous avons suivi deux grandes lignes de recherche. La première a été de définir les objectifs de formation en décrivant le processus de formation médicale initiale et les compétences attendues de l'étudiant une fois celle-ci terminée. La deuxième a été de recueillir des données bibliographiques sur les stages à l'étranger et leurs bénéfices éventuels dans la formation.

Puis dans une deuxième partie, nous avons décrit notre propre expérience de stage de six mois en Mauritanie.

Enfin, dans une troisième partie, nous avons comparé les objectifs de formation et les données bibliographiques à notre expérience en Mauritanie. Nous avons voulu démontrer qu'une expérience de santé internationale entre dans le champ de développement des compétences de l'interne en Médecine Générale et que, à certaines conditions, elle peut

être intégrée dans la formation initiale au même titre que les autres stages de la maquette de formation.

1.1 Objectifs de formation

1.1.1 Formation médicale initiale

1.1.1.1 Pédagogie

Toute formation structurée a pour objectif de transmettre à un individu un savoir établi dans la société (2). En 2007, dans un rapport rédigé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, on peut lire ceci :

*“Un médecin, c’est un homme de SAVOIR
C’est un homme de SAVOIR-FAIRE
Et il le peut grâce à son SAVOIR-ÊTRE” (3)*

1.1.1.1.1 Le savoir

Il est défini comme l'ensemble des domaines où s'exerce l'activité d'apprendre (Larousse). C'est la « connaissance acquise par l'étude et l'expérience ». Il relève du domaine cognitif.

Il est indispensable au cours de son cursus que l'étudiant acquiert un certain nombre de connaissances, “de savoir”, transmis au cours de l'enseignement dispensé au sein des facultés. Celui-ci touche de nombreux domaines:

- l'acquisition de connaissances scientifiques et techniques d'excellente qualité.
- la maîtrise de l'outil informatique, de plus en plus utilisé.
- la relation malade-médecin et l'enseignement des sciences humaines : la psychologie, la philosophie, l'éthique font partie intégrantes à tout instant de l'exercice médical. Etre capable de cerner et de s'adapter à chaque individu est primordial.
- des règles essentielles de droit médical, de déontologie, de notions d'économie et de sociologie.
- la connaissance de l'environnement sociétal dans lequel exerce le médecin :

> règles institutionnelles: ce sont les dispositions légales ou réglementaires qu'il est tenu de connaître et de respecter.

* obligations d'ordre administratif, médico-légal et juridique (responsabilité civile professionnelle et responsabilité pénale, obligation d'assurance, obligation d'information et d'obtention de consentement du malade..).

* de santé publique (état civil, prévention, déclarations obligatoires de maladies...).

> citoyenneté: on lui accorde volontiers un rôle de conseiller, de médiateur social prenant soin des populations les plus vulnérables. Exerçant de plus en plus fréquemment au sein d'un environnement multiculturel, le médecin devient un interlocuteur privilégié, confronté à des rites et rituels dont il doit connaître non seulement l'existence mais également la signification (3).

1.1.1.1.2 Le savoir-faire

Il est défini comme la compétence acquise par l'expérience dans les problèmes pratiques, dans l'exercice d'un métier (Larousse). C'est le « témoin de l'habileté dans un art quelconque ». Il relève du domaine psychomoteur.

C'est l'application pratique des connaissances théoriques, une mise en action des savoirs acquis au cours de l'enseignement que ce soit aussi bien les connaissances scientifiques, environnementales, relationnelles, les obligations administratives/légales, l'utilisation de l'informatique, la résolution de problèmes du quotidien tel que l'obstacle linguistique...

C'est le moment de l'acquisition de gestes techniques et la réalisation de l'acte médical en lui-même: l'accueil du patient, l'interrogatoire, l'examen clinique, l'information du patient de ses symptômes, la synthèse de ses connaissances et de la clinique, l'instauration d'un traitement et la conclusion de l'acte médical par l'établissement d'un contrat thérapeutique implicite entre le patient et le médecin (3).

1.1.1.1.3 Le savoir-être

Il est défini comme la manière d'être qui manifeste certains sentiments, certains comportements (Larousse). Il relève du domaine psycho-affectif.

Le savoir-être du médecin occupe, à côté du savoir et du savoir-faire, une place particulière, capitale et privilégiée dans la relation médecin-malade, faite de confiance mutuelle, de confiance en soi, d'écoute, de parole, d'empathie et de compassion, une relation fondée sur un regard réconfortant, l'étude de la gestuelle du patient mais aussi celle du médecin, miroir de son niveau de réceptivité, de sa compréhension et de son émotion. C'est un homme comme les autres qui exerce dans une relation égalitaire et qui doit apprendre à connaître et à accepter ses limites (3).

Ce savoir-être se construit peu à peu et englobe les notions d'humanisme, d'éthique, de respect de la dignité d'autrui, de travail en équipe avec les autres professionnels, d'adaptabilité devant les problèmes du multiculturalisme, de vulnérabilité voire de précarité.

Selon J.M. Faloudja *“c'est le savoir-être qui reste le pivot du métier. On pardonnera au médecin quelques lacunes en matière de savoir, ou de savoir-faire (..) mais pas un manque de savoir-être. Tout peut être acceptable hormis l'indifférence (..) Ce métier de médecin est sans doute l'un des seuls qui puisse permettre au savoir-être de s'exprimer sans réserve (..) Il ne faudrait pas que (..) la technique omniprésente [prenne] le pas sur la médecine humaniste”* (3).

1.1.1.2 Cursus médical

En France, l'ensemble du programme de la formation médicale est défini au niveau national par le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Santé (4). Les facultés ont ensuite la charge d'organiser et d'évaluer à leur convenance ce programme.

Les études médicales se décomposent en trois cycles pour une durée moyenne totale de neuf années pour la formation d'un médecin généraliste (5).

1°/ La première année des études de Médecine est consacrée à l'enseignement des sciences fondamentales (telles que physiologie, biologie cellulaire, biophysique, chimie, anatomie, embryologie, pharmacologie) et des sciences humaines et sociales (santé publique, psychologie, déontologie, aspects éthiques et juridiques, histoire, philosophie, économie de la santé...) (6).

A l'issue de cette première année, un concours sélectionne un nombre limité d'étudiants qui seront admis à poursuivre leurs études au-delà de la première année: c'est le *numerus clausus* (5)(7).

2°/ La deuxième année du premier cycle est à associer avec la première année du second cycle. Le programme comporte une formation médicale générale et une initiation aux fonctions hospitalières (5)(6)(7).

La formation théorique comprend un enseignement des matières dites fondamentales médicales (dans la continuité de celles enseignées en première année, auxquelles se rajoutent la sémiologie, l'anatomopathologie...) et des enseignements non médicaux complémentaires tels que les langues étrangères (anglais médical), l'informatique ou le droit (5)(7).

L'enseignement pratique débute lui dès l'entrée en deuxième année. Après leur réussite au concours, les étudiants admis commencent par un stage hospitalier de quatre semaines au cours duquel l'étudiant suit les activités complètes d'une infirmière. Ce stage permet d'initier les étudiants aux soins aux malades (6)(7).

Puis l'étudiant poursuit par quatre cents heures de stages cliniques d'initiation aux fonctions hospitalières. Ces stages ont pour objectif de rendre concret l'examen clinique et de mettre en pratique les cours théoriques de sémiologie. Mais l'étudiant reste le plus souvent un simple observateur (6)(7).

3°/ Puis l'étudiant entre dans la deuxième partie du deuxième cycle pour trois années. Ces années sont la base essentielle de l'apprentissage clinique, l'apprentissage étant défini comme le "fait d'apprendre un métier" (Petit Robert) (7)(8).

Les enseignements théoriques sont consacrés à l'enseignement des processus pathologiques, de leur thérapeutique et de leur prévention, ainsi qu'à l'enseignement des systèmes de santé, de l'évaluation des pratiques de soins, de la déontologie et de la

responsabilité médicale. Ils sont dispensés sous forme de modules obligatoires, de certificats optionnels, de thèmes d'enseignement jugés prioritaires parmi lesquels figurent la Médecine Générale (5).

Onze modules dits « transversaux » ont ainsi été créés, sur les thèmes tels que "l'apprentissage de l'exercice médical", "vieillesse", "Santé et environnement, maladies transmissibles" afin de considérer la personne humaine dans sa globalité et non comme une somme d'organes distincts les uns des autres (7).

La formation clinique comporte elle un stage chez un médecin généraliste qui dure en moyenne six semaines, une participation à l'activité hospitalière d'une durée totale de trente six mois et trente six gardes obligatoires (9)(10).

Les stages hospitaliers, d'une durée de deux à quatre mois, sont légèrement rémunérés. L'« étudiant hospitalier » est placé sous la responsabilité d'un interne ou d'un senior. Il n'a aucune responsabilité thérapeutique, ni le droit de prescrire (10). Néanmoins, ces stages lui apprennent à mener l'interrogatoire et l'examen clinique, avec une première approche réelle des patients, et à acquérir ses premières responsabilités au sein d'une équipe médicale (7). On assiste à une mise en action des savoirs acquis au cours de l'enseignement. Elle permet à l'étudiant d'être confronté à l'individu malade dans le système de soin hospitalo-universitaire et à des situations complexes où il va petit à petit développer un savoir-faire adapté à chaque situation (8).

Le second cycle s'achève une fois validés les enseignements théorique et pratique (5). Depuis 2004, tous les étudiants ayant validés le second cycle sont alors autorisés à passer les Epreuves Classantes Nationales (ECN). Selon leurs résultats et leur classement, ils choisissent la discipline et la région de leur future formation. Ce deuxième concours oriente les étudiants vers leur filière professionnelle (7). Désormais considérée comme une spécialité à part entière, le choix des postes de Médecine Générale est intégré à cet examen (10).

4°/ Le troisième cycle de Médecine Générale est le véritable cadre de la formation professionnelle (7). Comme les années précédentes, elle combine une formation clinique pratique et une formation théorique.

La formation pratique au cours de l'internat de Médecine Générale dure trois ans et comporte six stages de six mois dont :

- Un stage obligatoire dans un service d'accueil des urgences
- Un stage obligatoire au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie dans un pôle mère-enfant
- Un stage de médecine adulte: médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
- Un stage obligatoire chez le praticien
- Un stage libre en service ou un département hospitalier agréé
- Un stage dit « projet professionnel » à réaliser en 5ème ou 6ème semestre soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé ou SASPAS),

soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de Médecine Générale (10).

On reconnaît aux stages cliniques leur rôle professionnalisant (1). C'est au cours de ses stages que l'interne apprend à devenir un professionnel en mettant en application son savoir médical. Il lui est confié un rôle central dans la prise en charge des patients. Ce nouveau statut lui permet non seulement d'identifier les problèmes, mais aussi de les résoudre par l'exécution de tâches complexes (savoir-faire). Il est alors confronté à une quantité d'informations, d'intuitions, d'émotions, de réactions, ayant pour conséquences un ajustement de son action. C'est cette confrontation aux autres et à soi-même qui va modeler ses attitudes relationnelles, son savoir-être (8). Le développement de qualités personnelles tant d'un point de vue des valeurs, des attitudes ou des comportements, est essentiel dans la pratique médicale et des soins portés aux autres (11).

Le stage pratique est donc le cadre dans lequel se construit le savoir faire et le savoir être du futur professionnel de santé.

L'enseignement théorique, délivré dès le premier semestre de formation par les enseignants responsables du Département de Médecine Générale (DMG), est spécifique à la Médecine Générale. Les cours, organisés sous forme d'enseignements dirigés et de séminaires, comptent deux cents heures obligatoires réparties sur trois ans. Le programme du DES de Médecine Générale à Nancy comprend ainsi (10)(5) :

- Un enseignement modulaire préparant à la pratique avec des thèmes comme le « suivi des patients atteints de pathologies chroniques » ou « l'asthénie et la fatigue ».
- Des séminaires traitants de situations fréquentes en Médecine Générale dans l'optique d'un exercice en soins primaires comme par exemple: « Urgences en Médecine Générale » ou encore « suivi en Pédiatrie » mais aussi « Patient migrant et/ou situations de précarité ».
- Des enseignements généraux sur des thèmes tels que la Médecine Générale et son champs d'application, les gestes et techniques, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, les conditions de l'exercice professionnel, la prévention, l'éducation à la santé, l'économie, l'épidémiologie, la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles, la recherche...

La formation initiale de l'étudiant se termine par la validation du troisième cycle et l'obtention du DES de spécialité. Pour cela, il doit avoir :

- Validé les six stages pratiques
- Validé l'enseignement théorique
- Soutenu un mémoire portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale de Médecine Générale
- Soutenu une thèse, dite thèse d'exercice, obligatoire pour obtenir le droit d'exercer en France et donnant le titre de Docteur (10).

Le but de cette formation est de permettre à l'étudiant de développer des compétences indispensables à l'exercice de son métier.

1.1.2 Référentiel métier

Il existe de nombreux outils de travail, appelés « référentiels métiers » ou « référentiels de compétences » utilisés pour définir les compétences attendues d'un médecin généraliste.

La compétence est par nature un état cognitif dynamique interne aux individus, non directement observable (12). Selon Voorhees, la compétence est une intégration des habiletés, des connaissances et des capacités nécessaires à l'accomplissement d'une tâche spécifique pouvant se poser dans des situations très différentes. Elle ne se limite pas à un simple savoir-faire mais relève d'un authentique savoir-agir. De même pour Tardif, *“une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes”* (13).

En confrontant la liste des compétences définie par le CNGE utilisée pour la certification des compétences de l'interne (14) et celle définie par la World Organization of National Colleges, Academies (WONCA)(15), nous avons retenu sept compétences fondamentales que l'interne doit acquérir au cours de sa formation.

1°/ La gestion des soins de santé primaire

- Gérer le premier contact avec les patients et prendre en charge des problèmes de santé de premiers recours non sélectionnés.
- Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés.
- Respecter la loi et le code de déontologie.
- Assurer la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient, en équilibre avec les ressources disponibles et les contraintes, tout en assumant un rôle de défenseur du patient si nécessaire.

2°/ L'aptitude à la résolution de problèmes

- Développer un processus spécifique de prise de décision déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Utiliser le temps comme outil décisionnel et tolérer l'incertitude dans la décision.
- Gérer des situations allant du stade précoce au stade "terminal".
- Intervenir dans l'urgence si nécessaire.
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours.

3°/ Les soins centrés sur la personne

- Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.
- Négocier avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.
- Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie.
- Manifester une écoute active et empathique.
- Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet et maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale.
- Prendre en compte ses émotions et celles du patient sujet.
- Intégrer les principes éthiques: humanité, respect, égalité, autonomie.

4°/ L'approche globale

- Gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient.
- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de ses maladies par la promotion à l'éducation pour la santé et assurer la prévention des maladies.
- Articuler et assurer dans la pratique l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins y compris palliatifs et de réadaptation.

5°/ L'orientation communautaire

- Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.
- Intégrer les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision.
- Entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé.

6°/ L'adoption d'un modèle holistique

- Privilégier une réponse aux problèmes qui prend en considération les dimensions culturelles, existentielles, sociales et psychologiques.

7°/ Se préparer à son exercice professionnel

- Organiser le temps de travail et gérer les ressources humaines selon les modalités de l'exercice de façon à préserver sa capacité de travail et d'investissement.
- Adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins, désirs et capacités et aux nécessités du système dans une démarche qualité.
- Adopter une attitude critique envers ses savoirs, maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue validée et évaluer sa pratique professionnelle.

1.1.3 Remarques sur la formation

1°/ Bien que la pratique soit présente dès le début des études, le déroulement des stages a lieu la plupart du temps en milieu hospitalier (universitaire ou non) ce qui conditionne un certain type d'apprentissage. Ce manque de diversité limite en nombre les situations rencontrées et a pour effet de sélectionner les pathologies et les patients. Rien ne remplace la mise en situations complexes et diverses afin de multiplier les expériences et le vécu. Selon Gagné «...si nous voulons que les étudiants soient des penseurs critiques et des personnes capables de solutionner des problèmes, alors, il faut les confronter avec des situations où ils ont à faire face à ces problèmes ...» (13). De plus, l'exercice hospitalier n'est pas forcément représentatif de celui pratiqué en cabinet de ville ou en exercice libéral, avec un décalage entre la pathologie et les pratiques ville-hôpital (3).

2°/ Les premières années d'études sont dominées par les sciences dites fondamentales et le domaine des sciences humaines et sociales n'est abordé que de façon très limitée, au début du cursus ou lors de modules optionnels. Or, pour maintenir et optimiser la qualité de la relation malade-médecin, il paraît nécessaire de développer l'enseignement des sciences humaines. Etre capable de cerner et de s'adapter à tout individu nécessite quelques aptitudes dans ce domaine et ces aptitudes ne sont pas forcément innées (3). Dans un article dédié au développement de l'apprentissage professionnel au sein des facultés de Médecine, A. Stephenson, R. Higgs et J. Sugarman évoquent notamment une étude qui avait montré que, au cours de leurs études, le cynisme des étudiants augmentait tandis que leurs valeurs humaines diminuaient (11). Afin de remédier à ce phénomène, les auteurs proposaient entre autre deux solutions: modifier l'enseignement en proposant plus de matières autre que les sciences strictement médicales (philosophie, histoire, sociologie, anthropologie, psychologie, économie..) et la reconnaissance de la diversité et de la multiculturalité de la pratique médicale. Mais nous devons reconnaître que si cette connaissance du milieu multiculturel peut être initiée à la Faculté, elle est le plus souvent le fruit d'une curiosité, d'une recherche personnelle sur le terrain (3).

3°/ La diversité des thèmes enseignés couvre l'ensemble de l'exercice professionnel, tant médical qu'administratif. Pourtant, l'étudiant ne peut pas tous les suivre (en moyenne 50% obligatoire au cours du troisième cycle à Nancy) et choisit donc ceux qui l'attirent le plus, souvent des thèmes d'ordre médical et peu administratif ou sociétal. Il reste alors à la fin de sa formation initiale des thèmes non abordés car moins attrayants pour l'étudiant qui cherche en priorité à finaliser ses connaissances médicales.

4°/ Le nombre d'étudiants a fortement augmenté ces quinze dernières années avec un rehaussement du numerus clausus alors que les lieux de stage et le nombre d'enseignants restent les mêmes (4). Les enseignants sont débordés et ne peuvent pas tous les encadrer correctement. Les services hospitalo-universitaires sont saturés: trop d'étudiants au chevet des malades reléguant souvent ceux-ci aux tâches administratives et non médicales.

Il semble intéressant de se demander ce que peut être l'apport d'un stage d'interne à l'étranger à la formation de l'interne de Médecine Générale.

1.2 Données de la littérature sur la formation des stages à l'étranger

L'intérêt pédagogique des stages à l'étranger a fait l'objet de nombreuses études et d'articles publiés dans des revues internationales dédiées à l'éducation médicale tels que l'Academic Medicine, Medical Education, Medical Teacher, Pédagogie Médicale (16), afin d'en démontrer tous les avantages dans la formation d'un étudiant en Médecine.

1.2.1 Généralités et objectifs des stages internationaux

Face à la mondialisation et à une immigration croissante, à l'augmentation du nombre de voyageurs, à l'expansion des moyens de communication, les méthodes d'éducation en matière de santé doivent également s'adapter à ces changements rapides. Ainsi de nombreux congrès sont organisés à travers le monde afin de communiquer et d'échanger sur la nécessité de développer l'éducation médicale internationale. Nous pouvons citer par exemple le meeting d'Ottawa en 1985 (16), suivi par la douzième conférence de New York en 2006 à laquelle ont assisté plus de mille participants venus de cinquante-cinq pays différents; ou encore le Congrès Annuel International pour l'Education Médicale en Europe qui attire environ deux milles participants venus de quatre-vingts pays différents; citons également la Troisième Conférence de l'Asie Pacifique pour l'éducation médicale qui s'est tenue à Singapour avec ces quatre cents participants régionaux...Le thème et le développement des programmes de santé portés sur l'international sont une nécessité reconnue dans le monde entier.

Le but de ces programmes est de l'ordre de trois domaines (17):

1°/ l'acquisition de compétences en épidémiologie et sémiologie des maladies qui affectent l'ensemble du monde. La connaissance des disparités de la prévalence des pathologies d'un pays à l'autre, comme par exemples la tuberculose, la rougeole, les oreillons, le paludisme, principalement dépendantes des politiques de santé publique, apparaît importante pour informer et soigner les voyageurs mais aussi les populations immigrées.

2°/ l'acquisition de compétences en médecine du voyage. Aux Etats-Unis, il est estimé que les médecins généralistes reçoivent chaque année plus d'un million de personnes en partance ou revenues d'un voyage dans un pays du tiers monde, chiffre en continuelle expansion.

3°/ l'acquisition de compétences en santé de l'immigration. La constante augmentation du pourcentage de populations issues de l'immigration dans les pays industrialisés fait apparaître la nécessité pour les futurs praticiens de développer et de maîtriser des compétences culturelles propres à ces minorités.

1.2.2 Exemples de programmes internationaux

Partout dans le monde, les facultés de Médecine ont intégré dans leur programme d'enseignement des cours et des modules optionnels tournés vers la santé internationale (maladies infectieuses, santé du voyageur, de l'immigration, médecine humanitaire), complétés parfois par un stage à l'étranger d'une durée variable de quatre à trente-deux semaines selon les programmes (18)(19).

Parmi les exemples d'écoles dans le monde ayant intégré un stage international, on peut citer les suivantes :

1°/ Aux Etats-Unis, de nombreuses universités ont développé les stages à l'étranger dont :

- l'université de Yale qui, depuis 1981, propose un programme de santé internationale (The International Health Program). Les stages se déroulent au cours de la deuxième ou troisième année d'internat sur quatre à huit semaines en Tanzanie, en Haïti, au Zimbabwe, au Fidji, au Nouveau Mexique, ou encore dans la réserve indienne de Navajo en Arizona. Les étudiants sont supervisés par les enseignants de la faculté durant toute la durée de leur stage (20).

- l'université de Cincinnati qui offre, depuis 1991, l'opportunité à une sélection de résidents de suivre une formation en santé internationale. Ce programme, officiellement nommé en 1993 International Health Track (IHT), propose aux étudiants, pendant une année, de travailler dans un pays en voie de développement et de recevoir un enseignement sur les thèmes suivants: médecine tropicale, santé publique et médecine du voyage (21).

- les universités du Wisconsin, du Colorado et de Rochester qui se sont réunies en 1995 avec l'American Medical Student Association Foundation (AMSA) afin de développer l'International Health Fellowship Program (IHFP). Trente étudiants sont sélectionnés chaque année pour participer à ce programme qui se divise en deux semaines de cours préparatoires (avec un enseignement de douze items différents dont: santé de la mère et l'enfant, planning familial, hygiène, introduction aux maladies tropicales, communication interculturelle, nutrition..) et huit semaines de stages pratiques en collaboration avec les facultés des pays du Honduras, de la Colombie, de la Thaïlande, du Kenya, de l'Afrique du Sud, de l'Inde ou du Pakistan (22).

2°/ En Suède, depuis 1996, la Karolinska Institute de Stockholm propose deux fois par an un module optionnel de cinq semaines complètes ayant pour thème la santé internationale. L'enseignement comprend trois semaines de cours et deux semaines de stage. Le but des cours théoriques est principalement de comprendre comment les facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux déterminent l'état de santé d'un pays, l'influence des schémas démographiques et le poids des maladies entre les pays. Les deux dernières semaines se déroulent en Tanzanie, en Inde ou à Cuba, où les étudiants sont pris en charge par les professionnels de santé nationaux et pendant lesquelles ils visitent les hôpitaux locaux et les centres de santé (23).

3°/ En Angleterre, en 2001, la University College London a ouvert le premier centre médical du Royaume Uni pour l'éducation à la santé internationale. Le programme comprend des modules spéciaux d'enseignement en première et dernière année d'études, dont des modules sur l'histoire de la médecine, la santé mère/enfant dans les pays en voie de développement, l'anthropologie médicale... et un stage pratique en Tanzanie (23)(24).

4°/ L'International Medical University de Kuala Lumpur offre un autre modèle de collaboration internationale. Les étudiants suivent les cours pendant deux ans et demi en Malaisie puis poursuivent leurs études dans une des vingt-deux écoles partenaires qui se trouvent en Australie, en Europe ou en Amérique du Nord (16).

Mais les universités ne sont pas les seules à s'intéresser à la formation en santé internationale des étudiants. De nombreuses associations, organisations et institutions américaines ont créé des bourses universitaires pour les étudiants en Médecine qui souhaitent poursuivre des recherches ou des cours à l'international. Citons par exemple (19) :

1°/ La Global Health Education Consortium, association non gouvernementale regroupant environ soixante-dix facultés de Médecine aux Etats-Unis, au Canada, en Amérique Centrale et aux Caraïbes, a créé une bourse afin d'aider les étudiants à achever leur travail par un stage de terrain à l'étranger.

2°/ L'American Society of Tropical Medicine and Hygien a elle aussi fondé des bourses d'études pour des étudiants, des résidents ou des médecins qui veulent effectuer un stage clinique ou des recherches en médecine tropicale internationale.

3°/ Les National Institutes of Health (NIH), institutions gouvernementales américaines de la recherche médicale et biomédicale, rattachées au département de la santé, se sont associées à deux autres fondations pour développer des bourses d'enseignements et de recherches cliniques en santé internationale. Elles permettent, durant dix mois, l'envoi d'étudiants dans un centre de recherche supporté par les NIH dans des pays en voie de développement.

Il existe également des organismes de coopération médicale internationale dédiés à la formation et à la pédagogie dans les universités. Par exemple, la Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF), créée en 1981, regroupe quarante pays francophones dans le cadre de grands ensembles (l'Afrique, Madagascar, les Pays du Maghreb, le Canada-Québec, l'Europe, les Pays d'Asie du Sud-Est, Haïti, le Liban). Ses rôles sont multiples: promouvoir la formation pédagogique des formateurs au sein des facultés de Médecine, développer la recherche pédagogique, évaluer les programmes et les facultés de Médecine, encourager et favoriser la circulation de l'information scientifique entre les facultés francophones d'Afrique, d'Asie, d'Europe et d'Amérique (25).

La coopération médicale internationale revêt un caractère essentiel dans l'uniformisation des connaissances et des pratiques tout en conservant ces spécificités et ces individualités, source d'échanges et de progrès.

1.2.3 Intérêts et avantages dans la formation

L'intérêt des étudiants pour l'international n'a fait que croître ces dernières années. Par exemple, en Suède, le module optionnel est suivi par la moitié des étudiants chaque année. Il est devenu le plus populaire parmi tous ceux qui sont proposés (23). De même, le pourcentage d'étudiants américains ayant participé à des programmes internationaux n'a fait qu'augmenter ces vingt dernières années: de 6.4% en 1984, on est passé à 22.3% en 2004 (21).

La recherche des avantages de ces stages a donné naissance à de nombreuses études tirées des expériences des étudiants partis avec ces programmes. L'ensemble des études publiées sur le sujet a été analysé dans un article paru dans Family Medicine en Janvier 2011 (18). Quatre grands bénéfices ont pu en être dégagés :

1°/ le renforcement et le développement des compétences diagnostiques cliniques, avec une plus grande confiance dans l'interrogatoire et l'examen clinique pour établir un diagnostic, et l'utilisation moins systématique des examens complémentaires.

2°/ le renforcement des connaissances médicales dans les matières suivantes: maladies infectieuses et tropicales, pathologies de l'immigration, nutrition, mais aussi sur les systèmes d'organisation des soins au niveau international.

3°/ une ouverture d'esprit et le développement de compétences

- culturelles: une sensibilité accrue sur les notions de multiculturalisme et de soins aux démunis.
- humaines: empathie, maintien d'un enthousiasme et d'un idéalisme à soigner et à venir en aide à autrui.
- communicatives: compétence verbale (et la nécessité de la connaissance et de l'utilisation d'une seconde langue étrangère) et non verbale (par les gestes, le regard, les expressions corporelles).

- en santé publique et environnementale avec une meilleure compréhension de l'influence des facteurs socio-économiques sur la santé et les maladies, la nécessité de la prévention (22)(27)(28).

4°/ une influence sur le choix de carrière, avec une préférence pour les spécialités de soins primaires (Médecine Générale, Pédiatrie, Médecine Interne) mais aussi la poursuite d'études en santé publique. Ces stages servent aussi les besoins des systèmes de santé en général en favorisant et valorisant les soins de santé primaires: ils encouragent une pratique médicale tournée vers les plus démunis (exercice dans des cliniques aux revenus les plus faibles, volontariat auprès des réfugiés, des sans-abris, des victimes de tortures) et les populations minoritaires multiethniques (19)(26)(27).

Ces stages sont l'occasion d'acquérir de l'expérience pour faire face à des contextes professionnels différents et à des situations qui exigent la mise en oeuvre de solutions innovantes. Ils présentent l'avantage de permettre le développement des capacités à faire face à des situations inédites, à créer de nouvelles solutions, surtout en terme de plurilinguisme et multiculturalisme (29).

Parallèlement aux bénéfices retirés dans la formation des étudiants, nous avons pu relevé un autre avantage: le recrutement d'étudiants vers les soins primaires.

En effet, en proposant son programme de santé internationale, l'université américaine de Cincinnati a fait deux constatations. La première était que son nombre d'étudiants inscrits en Médecine Générale s'était maintenu alors que celui-ci avait tendance à diminuer dans les autres universités pendant la même période. La seconde était que les participants à ces programmes venaient en générale de régions beaucoup plus éloignées que les non-participants et que le choix de l'université s'était fait aussi par la présence d'un tel programme. Ces deux notions laissaient donc supposer que ces programmes étaient attractifs pour les étudiants et constituaient un moyen de recrutement de futurs médecins généralistes (21).

En conclusion, l'ensemble des programmes internationaux en santé apparaît avoir une influence positive en terme de savoir, de savoir-faire et de savoir-être (30). De plus, la grande majorité des participants déclare que cette expérience a modifié leur exercice médical. Elle reconnaît en avoir retiré de grands bénéfices personnels et elle la considère même comme le meilleur moment de leur cursus médical. Au final, les participants la recommandent aux autres étudiants (19)(22)(26).

2 EXPÉRIENCE PERSONNELLE EN MAURITANIE



Village mauritanien le long de la route Nouakchott-Kaédi

2.1 Circonstances du choix de stage et formalités de départ

Le choix de faire un stage de six mois à l'étranger ne s'est pas imposé immédiatement. Il a été le résultat d'un long cheminement.

Le projet a débuté avec la nécessité de rédiger une trame pour le stage professionnalisant de troisième année d'internat.

Au cours d'une réunion organisée à la faculté pour présenter les modalités de réalisation d'un SASPAS, il a été mentionné le cas d'une interne partie en stage avec la Croix Rouge Française (CRF). Cette évocation nous a rappelé notre désir de partir en humanitaire, désir présent depuis notre entrée en Médecine.

Nous avons rédigé pour la faculté une demande de stage pour un SASPAS, auquel nous avons incorporé le souhait de réaliser quelques semaines dans un organisme humanitaire. Parallèlement, nous avons écrit à la CRF afin de connaître les possibilités d'accomplir un stage au sein de leur structure pour découvrir le monde de l'humanitaire. Nous avons rapidement reçu une réponse nous indiquant qu'elle proposait des stages validants de six mois aux internes de Médecine Générale ou de Spécialité.

Depuis 2006, sous la Présidence du Pr Matteï, la CRF a ouvert des terrains de stage au sein de leurs différentes structures médicales et de leurs missions internationales. Elle souhaite ainsi participer à la formation initiale et continue des personnels de santé, renforcer ses missions par du personnel qualifié et valoriser la médecine humanitaire et ses actions à l'international. Pour cela, un partenariat est établi entre les hôpitaux, les universités et la CRF. Une convention de stage est ainsi signée entre les différents partenaires: la faculté s'engage ainsi à rémunérer l'étudiant, tandis que la CRF prend en charge les frais de voyage, de logement et s'occupe du suivi pédagogique de l'interne (31).

Il nous a été demandée une lettre de motivation et un curriculum vitae afin d'étudier notre candidature.

Nous avons été rapidement convoquée à un entretien qui nous a confirmé l'avis favorable à notre candidature sous réserve de l'acceptation du projet par la faculté et de la signature d'une convention de stage.

Nous avons alors rédigé une nouvelle trame de stage professionnalisant et nous avons rempli un dossier de demande de stage à l'étranger.

Finalement, tous les éléments ont été acceptés et un an après le début des démarches, nous avons obtenu l'accord définitif pour partir au sein d'une structure gérée par la CRF au cours de notre sixième semestre d'internat. Nous avons été affectée au sein du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Nouakchott en Mauritanie, centre qui prend en charge les personnes vivants avec le VIH (PVVIH) ([annexes](#)).

Dans les deux mois précédents le départ, nous nous sommes acquittée des formalités de départ: passeport, visa, vaccinations obligatoires, visite chez le dentiste, formation en anglais demandée par la CRF via internet.

Le départ a été fixé au 8 mai 2010. Avant de partir, nous avons été convoquée au siège de la CRF à Paris pour une préparation au départ de trois jours. Au cours de cette formation, où nous étions quatre internes filles, de nombreux thèmes ont été abordés tels que: la présentation du mouvement Croix Rouge/ Croissant Rouge et ses actions à l'international, la vie en mission et la gestion des projets sur le terrain, présentation des programmes de santé dont celui du VIH/Sida au sein des CTA. Tout un après-midi a été consacré à la révision des bases sur la pathologie VIH/Sida, surtout en ce qui concerne les traitements antirétroviraux et la prise en charge des maladies opportunistes ([annexes](#)). Un briefing avec quelques consignes de sécurité nous ont été remises et nous avons également eu une évaluation psychologique. Nous avons quitté le siège avec les coordonnées des contacts sur place, ainsi que celles des contacts français en cas de difficultés sur le lieu de notre stage: médecin chargé du suivi pédagogique, psychologues.

2.2 Contexte général du stage

2.2.1 Données générales sur la Mauritanie (32)



Carte de la Mauritanie

La République Islamique de Mauritanie est un vaste pays de 1.030.700 km², recouverte au trois quart par l'espace désertique saharien, avec une population estimée à 3.250.000 habitants en 2009 dont 50% de femmes environ. La densité de la population est l'une des plus faibles au monde, avec environ trois habitants au km². La population s'est fortement urbanisée aux cours de ces dernières années (50%), dont 25% est actuellement concentrée dans la capitale, Nouakchott. Cinq langues (ou dialectes) sont principalement parlées sur le sol mauritanien :

- Le hassanya, dialecte de l'arabe qui est la langue officielle
- Le français, langue majoritairement utilisée dans le milieu médical
- Le wolof
- Le pulaar
- Le soninké.

Depuis le début des années 90, le pays s'est engagé dans un processus démocratique qui a permis, entre autre, l'émergence du multipartisme et la mise en place d'un parlement doté de deux chambres: l'Assemblée Nationale et le Sénat (33).

La population est jeune avec 51% de moins de 19 ans. L'emploi en Mauritanie montre une situation difficile, marquée par un taux de chômage très élevé de 31,2% en 2008, dont les conséquences économiques et sociales sont désastreuses, notamment la paupérisation et la précarisation des conditions de vie. En 2008, 42% de la population en Mauritanie vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 520 \$(US) dont un peu plus d'un quart (25,9%) vit en dessous du seuil de l'extrême pauvreté fixé à 385 \$(US).

2.2.2 Organisation du système de santé

2.2.2.1 Formation universitaire (33)

La formation dans les sciences médicales en Mauritanie est répartie entre les établissements publics nationaux et les établissements étrangers pour lesquels des dizaines de nouveaux bacheliers bénéficient chaque année de bourses d'étude.

Au niveau des services publics, en 1996, le Ministère de la Santé a créé l'Institut National des Spécialités Médicales (INSM) avec un programme qui portait sur des enseignements de spécialités médicales et chirurgicales (chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, médecine interne, anesthésie-réanimation, ophtalmologie). Cet institut s'adressait aux personnes déjà titulaires d'un Doctorat en Médecine.

Grâce à l'INSM, tous les hôpitaux régionaux mauritaniens sont aujourd'hui pourvus de chirurgiens, de gynécologues et de pédiatres.

En 2006, l'INSM a été transformée en Faculté de Médecine relevant de l'Université de Nouakchott.

Depuis 2008, la formation initiale médicale est assurée par la Faculté de Médecine au niveau de l'Université de Nouakchott.

Tout étudiant titulaire d'un baccalauréat scientifique peut accéder aux études médicales à condition que leur dossier soit sélectionné.

Les études médicales sont organisées comme suit :

- Une année préparatoire
- Un 1er cycle d'une durée de deux ans
- Un 2ème cycle d'une durée de quatre ans
- Un 3ème cycle d'une durée de un à cinq ans.

L'année préparatoire est consacrée à la mise à niveau des étudiants dans les matières scientifiques et surtout à améliorer leur niveau de langue française.

Le deuxième cycle assure la formation médicale de base. Il se caractérise par l'importance accordée à l'enseignement clinique (stage hospitalier). La dernière année est consacrée à l'internat et à la soutenance de la thèse validant le cursus de formation.

2.2.2.2 Démographie médicale (33)

Actuellement, le Ministère de la Santé possède une base de données informatisées sur les ressources humaines composées uniquement du personnel relevant du secteur public.

En 2008, on comptait:

- Médecins généralistes : 232
- Médecins spécialistes: 214

La prédominance masculine est très perceptible: 7% des médecins généralistes et 10% des médecins spécialistes sont de sexe féminin.

La répartition du personnel médical du secteur public sur l'ensemble du territoire est gérée par le Ministère de la Santé. Les médecins fonctionnaires d'État ne choisissent pas leur lieu d'exercice. Ils sont mis à la disposition du Ministère de la Santé qui décide de leur affectation selon les besoins des structures de santé.

Néanmoins, la répartition du personnel au niveau régional présente des disparités importantes, surtout au niveau des médecins spécialistes. 79% des médecins spécialistes se concentrent au niveau des deux principales villes du pays, Nouakchott et Nouadhibou, ce qui représente environ 30% de la population, alors que 21% des médecins spécialistes mobilisés à l'intérieur du pays couvrent les besoins d'environ 70% de la population mauritanienne.

La disparité au niveau des médecins généralistes est moins importante avec une répartition d'environ 60-40% entre ces deux villes et le reste du pays.

En règle générale, il existe une forte concentration à Nouakchott du personnel de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers, dentistes..) avec 42 % de l'effectif global.

Actuellement, le besoin additionnel, toutes spécialités confondues, d'ici 2015 est estimé à plus de 2000 médecins. La capacité de production des universités nationales et les prévisions au niveau du Ministère de l'Éducation sont de l'ordre de 500 au maximum....

2.2.2.3 Soins de santé primaires (33)(34)

2.2.2.3.1 Structures Publiques

Le système de soins de santé publique est organisé de manière pyramidale correspondant aux structures administratives du pays :

1°/ Au sommet, on retrouve les hôpitaux de référence situés principalement dans la capitale.

2°/ Au niveau régional, il existe sept hôpitaux régionaux sur les treize prévus pour couvrir toutes les régions du pays. Deux régions ne disposent pas d'un hôpital en raison de leur faible population.

3°/ Au niveau des départements, les Centres de Santé, tous dirigés par un médecin, sont la référence.

Ils sont composés d'une unité de soins curatifs et d'une unité de soins préventifs. Ils sont classés en type A et en type B selon les équipements et les nombres de lits disponibles en hospitalisation. Les services offerts par les centres de santé sont: la médecine générale, les soins chirurgicaux élémentaires, la santé maternelle et infantile, l'espace des naissances, l'exécution du programme élargi de vaccination, la prévention et le traitement des affections les plus courantes, les examens courants de laboratoire, l'hygiène scolaire.

4°/ A la base de la pyramide, on retrouve les postes de santé et les Unités de Santé de Base (USB).

Les postes de santé sont dirigés par des infirmiers. Dans certaines agglomérations, des PMI/ Maternités rurales sont annexées à ces postes situés dans les grandes communes rurales et les grandes collectivités à l'accessibilité difficile. Ils assurent les activités de santé curatives et préventives, notamment pour la protection de la santé maternelle et infantile. Une unité fixe de vaccination lui est rattachée.

Au niveau communautaire, grâce à la présence d'agents de santé, on retrouve les USB. Elles sont érigées par les habitants des localités de cinq cents habitants pour répondre aux besoins les plus élémentaires notamment soulager les douleurs, promouvoir l'hygiène et encadrer les femmes enceintes. D'autre part on note également la présence de quelques USB relevant d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales comme par exemple CARITAS / Wold Vision ...

Le poste de santé constitue souvent le premier niveau de contact de la population avec les services de santé et le niveau de référence pour les USB.

2.2.2.3.2 Structures privées

Le secteur privé contribue de manière significative à la couverture sanitaire du pays, parfois même au détriment du service public. En effet, 90% du personnel qualifié du secteur privé provient du secteur public et il puise sa clientèle au niveau des structures de services de soins publics.

Ces structures privées sont composées en 2009 de:

- Quatorze cliniques médicales; elles offrent des soins relevant d'une ou de plusieurs spécialités médicales.
- Vingt-deux cabinets médicaux tenus par des médecins spécialisés ou non; ils offrent des consultations et des soins de premières urgences.
- Quinze cabinets de soins dirigés par des infirmiers.
- Quatorze cabinets dentaires.

En dehors de l'octroi des autorisations de création auxquelles elles sont soumises, la qualité des prestations données dans les établissements sanitaires privés n'est pas contrôlée. La plupart de ces structures sont concentrées dans les deux plus grandes villes du pays et restent financièrement peu accessibles à une large partie de la population.

2.2.2.3.3 Médecine Traditionnelle

N'oublions pas non plus l'apport de la médecine traditionnelle dans l'offre des soins en Afrique. Elle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1978 et elle constitue la première source de soins de santé pour environ 80% de la population dans les pays en développement.

Bien qu'il n'existe aucune législation reconnaissant la médecine traditionnelle en Mauritanie, cette pratique reste tolérée depuis l'Indépendance. En dépit de l'absence d'un inventaire précis sur les praticiens et les pratiques traditionnelles en Mauritanie, cette médecine reste très populaire selon le Ministre de la Santé. Elle constitue le principal recours des populations à revenu modeste ou en situation d'exclusion. En effet, en milieu rural, la consultation est généralement gratuite ou laissée à l'appréciation du patient. De plus, l'éthique des tradipraticiens les porte à assurer un soutien matériel aux malades sans ressources. Ainsi, nombreux sont ceux qui arrivent à soigner gratuitement la majorité de leurs patients.

En milieu urbain, en revanche, cette consultation commence à être tarifée du fait d'une affluence de plus en plus importante des patients.

2.2.3 Données de santé publique (32)

L'espérance de vie à la naissance est de 57,5 ans.

Chez les pauvres, les services les plus consultés sont les postes et les centres de santé tandis que chez les non pauvres, c'est plutôt l'hôpital tertiaire et régional. Deux problèmes sont majeurs pour l'accessibilité aux soins :

- L'éloignement géographique et la difficulté d'accès: seulement 40,3% de la population accèdent à un centre de santé dans les trente minutes requises par les normes.
- Le coût important des soins.

La mortalité maternelle en Mauritanie est l'une des plus élevées en Afrique avec en 2007 un taux estimé à 686 pour 100.000 naissances vivantes. Afin de diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux (coût estimé à 333 \$(US) pour une césarienne), un système de prépaiement, nommé 'forfait obstétrical' a été initié en 2002 à Nouakchott. Basé sur le principe du partage du risque, le forfait obstétrical correspond à une cotisation de 22 \$(US) réglée en une ou deux fois par la patiente, pour couvrir les frais de l'ensemble des soins liés à la grossesse, quelles qu'en soient les modalités ou les complications éventuelles.

Une autre priorité de santé publique en Mauritanie concerne la santé infantile. En 2008, le pourcentage d'enfants de douze à vingt-trois mois complètement vaccinés était de 68,8%. De plus, il existe de fortes disparités sur l'état nutritionnel des enfants selon les différentes zones géographiques du pays. La tranche des enfants de douze à vingt-trois mois reste la plus exposée au risque de malnutrition. L'enquête la plus récente conduite durant le mois de juillet 2009 montre les résultats suivants :

- Une prévalence de la malnutrition aigüe globale de 12,7% répartis entre la forme modérée (11,7%) et la forme sévère (1,0%).
- Une prévalence de la malnutrition chronique globale de 18,8%.
- Une insuffisance pondérale affectant près d'un enfant sur trois (27,9%).

L'accès à l'eau potable et à un système d'assainissement qui assure la salubrité de l'environnement revêt également une importance capitale en terme de santé publique :

- Au niveau national, 45,7% des ménages ne disposent pas de toilettes dans leur logement.
- Un peu moins de deux tiers (62%) des ménages ont accès à l'eau potable. Mais il reste des écarts énormes entre les ménages les plus pauvres (30%) et les ménages les moins pauvres (87%). Les puits sans pompe (30%), les revendeurs (24,4%) et les robinets intérieurs (21%) constituent les principales sources d'approvisionnement en eau des populations.

Niveau équipement, le réfrigérateur/congélateur représente l'appareil le plus fréquent dans les ménages. Il n'est cependant possédé que par moins de 11% seulement d'entre eux. Cette donnée est importante dans notre contexte de stage car nombre de médicaments doivent se conserver au frais ou à une température inférieure à 25°. Or, dans un pays au climat chaud et sec comme la Mauritanie, la possession d'un réfrigérateur est essentielle pour une bonne conservation des traitements.

2.2.4 Protection Sociale en Mauritanie (32)

Le pays dispose de trois régimes de Sécurité Sociale :

- 1- celui géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) en faveur des travailleurs salariés du Code du Travail et du Code de la Marine Marchande.
- 2- celui de l'assurance maladie géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et qui bénéficie aux fonctionnaires, aux militaires, aux parlementaires, et à leurs ayants droits (conjoint, enfants).
- 3- celui géré par la Caisse des Retraites de l'État en faveur des fonctionnaires.

L'affiliation au régime de sécurité sociale est obligatoire pour les deux premières catégories de travailleurs avec un taux de cotisations estimé à 13% à la charge de l'employeur et 1% à la charge du travailleur.

Le régime mauritanien couvre contre les risques de la vieillesse, l'invalidité, le décès (bénéfice pour les survivants), les accidents du travail, les maladies professionnelles (comprenant les soins médicaux, une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire, une rente en cas d'incapacité permanente ainsi qu'une allocation de frais funéraires en cas de décès) et les prestations familiales (comprenant les allocations prénatales, la prime à la naissance, les allocations familiales ainsi que l'indemnité journalière de maternité).

L'employeur est tenu, dans le cadre du droit du travail, d'assurer le service des soins de santé à ses salariés et aux membres de leur famille. Il assume également le paiement des indemnités journalières en cas de maladie. Enfin, ce régime ne couvre pas contre le risque de chômage.

Malgré la mise en place d'un système d'assurance maladie, le système de sécurité sociale est le plus souvent réservé aux travailleurs de l'économie structurée du pays. Ils constituent 5 à 10% seulement de la population active. Elle ne couvre qu'une minorité infime de la population mauritanienne et la majorité continue d'être exclue de cette protection.

Cette situation a entraîné l'émergence de différentes initiatives non étatiques visant à mettre en œuvre des systèmes de protection sociale en faveur de ces populations.

Parmi ces systèmes, regroupés sous le terme de 'micro assurance', figurent les mutuelles de santé. Ces initiatives d'assurance volontaires, privées et à but non lucratif, sont généralement autogérées, les membres participant directement à l'administration des

mutuelles. La mutuelle est donc une forme d'association volontaire de personnes désirant se prémunir contre certains risques de la vie et avoir accès aux soins de santé. A travers ce système, une solidarité s'organise entre malades et bien-portants. Contrairement aux autres systèmes d'assurance, le membre paie une cotisation qui n'est pas liée à son risque individuel, et il n'y a pas en principe de critères d'exclusion.

Comme dans la plupart des pays africains, il y a une multiplicité de formes de solidarité locales et traditionnelles en Mauritanie, basées soit sur les liens de parenté, soit sur les valeurs religieuses, le principe de *zakat* (ou aumône) étant l'un des cinq piliers de l'Islam.

Dans tous les cas, la famille, quelle que soit sa structure, reste l'institution de protection sociale de base, responsable en premier lieu de sauvegarder et de promouvoir le bien-être de tous ses membres.

2.3 Description du stage



CTA de Nouakchott

2.3.1 Généralités

Nous avons débuté notre stage au sein du CTA de Nouakchott, dans l'enceinte du Centre Hospitalier National (CHN), le 9 mai 2010.

Le CTA est un hôpital de jour spécialisé dans la prise en charge ambulatoire de l'infection à VIH.

Il est intégré aux services publics hospitaliers, comme service ou unité spécialisée, et il est intégralement géré par une équipe de soignants professionnels nationaux.

Il assure le conseil et le dépistage volontaire, le suivi médical, le traitement des infections opportunistes, la dispensation des médicaments antirétroviraux (ARV), la réalisation des examens de suivi (bilan biochimique, hématologique, charge virale et taux de CD4), l'hospitalisation de jour, les soins infirmiers, les soins palliatifs.

En complémentarité et en continuité, diverses actions sont mises en oeuvre: prévention, accompagnement psychosocial, appui nutritionnel, visites et soins à domicile (31).

En Mauritanie, la prévalence de l'infection à VIH est estimée à moins de 1% en 2007 (sur la base d'un taux de prévalence de 0,61% chez les femmes enceintes) et reste l'une des plus faibles en Afrique subsaharienne. La création du CTA de Nouakchott remonte à 2004 suite à une convention entre le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et la Croix Rouge Française qui, depuis 1998, a mis en oeuvre quinze CTA en Afrique et en Asie (31).

Lors de notre stage, l'équipe du CTA de Nouakchott est composée de: quatre médecins, trois infirmiers, deux pharmaciens, un laborantin, un psychologue, une assistante sociale, une secrétaire, un agent comptable, deux agents d'entretien, une cuisinière, deux délégués nutritionnels, un chauffeur, un bénévole qui assurait aussi bien les soins infirmiers, le counselling que la traduction des nombreux dialectes africains.

Les locaux sont composés de: une salle ouverte pour l'accueil, trois bureaux de consultations médicales, un bureau de prélèvement, un laboratoire, une salle d'hospitalisation de jour avec six lits, une pharmacie, un bureau pour l'assistante sociale, un bureau pour le psychologue, une salle de réunion, un bureau administratif.

2.3.2 Activités réalisées sur place

2.3.2.1 Activités médicales

Notre exercice médical a été divisé en plusieurs secteurs au cours de ces six mois.

1°/ Les six premières semaines, nous avons débuté par un travail de consultations en trinôme avec un médecin généraliste et un médecin infectiologue.

A notre arrivée, seules deux salles de consultations étaient disponibles pour trois médecins. Nous avons commencé notre adaptation en partageant le bureau de deux médecins. Nous avons découvert en même temps que nous ne pouvions pas consulter seule, très peu de malades parlant français.

A ce moment, les consultations avec délivrance d'ARV étaient notre principale activité au sein du CTA. Elles étaient sans rendez-vous; elles débutaient en général à 8h30 et se terminaient vers 14h. Les patients arrivant au compte-goutte, la fin dépendait largement du nombre de patients venus consulter. Les consultations se concentraient sur les matinées et leurs nombres variaient selon les journées: les dimanche/lundi/mercredi étaient souvent très chargées avec en moyenne 50-60 passages et les deux autres jours aux environs de 30 (en effet, la Mauritanie étant une République Islamique, la semaine débute le dimanche et se termine le jeudi, le vendredi étant consacré à la prière). Il y avait très peu de consultations les après-midis (en moyenne une par jour entre 15h et 18h).

A leur arrivée, les patients recevaient un numéro d'ordre de passage et étaient répartis entre les deux salles de consultations. Notre salle concentrait les trois-quarts des consultations et un des deux médecins se détachait au besoin si des malades nécessitaient une hospitalisation de jour. Au cours de la consultation médicale, le patient était pesé puis il était vérifié la date de son dernier bilan. Si tout était bon, il lui était délivré son ordonnance d'ARV pour trois ou six mois. Il récupérait les médicaments le jour même à la pharmacie. Les consultations de renouvellement étaient très rapides, en moyenne trois minutes par patient. Elles étaient bien sûr plus longues, entre dix et quinze minutes, lors de l'annonce de la séropositivité et de l'ouverture d'un dossier. Le temps imparti à

l'éducation et à l'examen clinique était très restreint. La majorité de l'éducation du patient était effectué par le personnel paramédical (mode de transmission, counselling, éducation pré et post-thérapeutique, observance, port et utilisation du préservatif...).

Les consultations se terminant vers 14-15h, le reste de l'après-midi était consacré à des travaux d'ordre administratif ou bien à apporter notre aide sur d'autres projets de la CRF.

Les six premières semaines de travail ont ainsi été occupées par les consultations.

2°/ Le mois suivant a été consacré à l'activité hospitalière.

Nos visites au CHN sont intervenues dans une volonté de nouer des liens entre le CTA et les services hospitaliers afin d'améliorer la prise en charge des patients, et cela suite à la visite du Ministre de la Santé. Les patients nécessitant une prise en charge hospitalière étaient alors dirigés vers le service d'hépto-gastro-entérologie.

Afin de nous introduire dans les services, nous avons été présentée au directeur de l'hôpital qui nous a ensuite conduite auprès des médecins du service de médecine interne. Le service regroupait diverses spécialités: neurologie, infectiologie, endocrinologie, rhumatologie. Il prenait en charge principalement les pathologies liées aux complications diabétiques (abcès, hyperglycémie), les accidents vasculaires cérébraux ou les fièvres de toutes étiologies. Nous sommes restée une semaine entière dans le service, où nous avons participé aux staffs matinaux, aux visites des malades, aux examens des dossiers des entrants, aux cours délivrés par les médecins du service aux internes. Nous avons également pu aider aux gestes infirmiers.

Les semaines suivantes, nous sommes allée dans le service d'hépto-gastro-entérologie, là où étaient hospitalisés les malades atteints par le VIH. L'activité ressemblait beaucoup à celle du service de médecine interne, même si la prise en charge des PVVIH nous revenait entièrement, les médecins sur place profitant de notre présence pour se décharger de cette tâche. Pendant ce mois passé presque exclusivement à l'hôpital, nous avons également rendu visite à de nombreuses reprises à un enfant de dix-huit mois, récemment dépisté positif, orphelin de père et de mère, hospitalisé à l'unité de soins nutritionnels de l'hôpital pour dénutrition sévère et pneumopathie. Nous avons profité de son hospitalisation et de l'amélioration de son état pour débiter un traitement ARV.

Face aux grandes difficultés rencontrées pendant ce mois passé à l'hôpital (absence d'encadrement médical, difficultés de traduction, isolement, manque de conscience professionnelle du personnel médical et paramédical, rejet, abandon et décès de nos patients PVVIH), il a été décidé avec le médecin qui nous suivait à Paris de changer de direction de stage et de retourner au CTA.

3°/ Les trois derniers mois ont été consacrés à la prise en charge des patients en hospitalisation de jour (HDJ) au sein même du CTA.

Aucun médecin ne s'occupait spécifiquement de cette salle et celui qui se détachait des consultations ne voyait aucun inconvénient à ce que nous nous occupions de ces patients.

Cette autonomie de prise en charge, mais avec l'appui en cas de difficultés ou de problèmes des médecins présents sur place, nous a permis de finir plus sereinement le stage. L'activité consistait à la prise en charge des patients ne pouvant pas se rendre aux consultations, ou nécessitant plusieurs jours de soins comme une antibiothérapie intraveineuse, une réhydratation ou encore pour les transfusions de culot globulaire. Les principaux motifs d'hospitalisation en HDJ étaient: les diarrhées et les vomissements (les plus sévères étant accompagnés d'hyponatrémie), les fièvres, les pneumopathies, l'altération de l'état général avec syndrome cachectique important, les déshydratations, les anémies modérées à sévères (la plus extrême recensée étant descendue à 1.8g/dl), les candidoses buccales.

Nous avons effectué aussi quelques ouvertures de dossiers pour les patients nouvellement arrivés et très faibles.

Les après-midis ont été occupés à visiter les patients hospitalisés afin de leur apporter aide et soutien, que ce soit par l'explication des pathologies, de l'apport de médicaments depuis le CTA, ou le plus souvent un soutien moral et palliatif pour les mourants. Parfois, nous avons assisté à des événements plus joyeux, comme la naissance de nouveau-nés que les familles amenaient immédiatement au CTA pour la mise sous traitement prophylactique et diminuer ainsi le risque de transmission de la mère à l'enfant, aucune autre mesure de prévention n'étant prise en pré-partum. Mais nous avons gardé particulièrement en tête cet après-midi passé à accompagner une patiente avant, pendant et après son accouchement, à savoir celle-ci rassurée par notre présence et à voir la joie des nouveaux parents qui découvrent tout simplement leur enfant en bonne santé.

A la fin de nos six mois de stage, nous avons pu être évaluée par le chef de service avec la même grille d'évaluation que celle utilisée lors de nos stages en France (annexes). De plus, nous avons rédigé un rapport de fin de stage à destination de la CRF et de la faculté, obligatoire avec l'évaluation pour valider notre semestre auprès de l'administration universitaire.

4°/ Quelquefois, des membres du personnel paramédical qui souhaitaient améliorer leurs compétences nous ont demandé des conseils de bonnes pratiques. Nous leur avons montré surtout les règles d'hygiène: lavage de mains, désinfections, sutures et gestes de petites chirurgies avec un maximum d'espace et de matériels stériles. Cette activité est restée très anecdotique car limitée à une volonté propre à chaque membre du personnel. Nous n'avions pas de rôle défini de formatrice au sein du centre. C'étaient de simples conseils donnés à la demande de chacun.

5°/ En dehors de cette activité au sein du CTA, nous nous sommes rendue pendant une semaine à Kaédi, ville située à 350 km au sud-est de Nouakchott, au sein d'une base de la CRF. Durant cette semaine, nous avons participé à deux types d'activités :

a/ visite de l'hôpital de Kaédi et consultations VIH au sein de l'hôpital.

En effet, Kaédi est l'une des trois villes qui possèdent une prise en charge décentralisée pour les soins aux PVVIH. Les consultations restent anonymes car elles sont assurées dans le même bureau que celles de Médecine Générale. Ce sont donc les trois médecins généralistes présents à l'hôpital qui assurent simultanément les consultations ambulatoires en Médecine Générale et VIH, les consultations d'urgences et la visite matinale dans le service de médecine. Malheureusement, lors de notre présence, beaucoup d'obstacles freinaient la bonne prise en charge des malades sur ce centre: un seul médecin possédait une réelle formation dans le domaine du VIH, les examens de laboratoire spécifiques tel que le dosage des CD4 n'étaient pas fonctionnels et la pharmacie ne disposait pas de climatisation nécessaire à la bonne conservation des médicaments. La prise en charge restait donc précaire et beaucoup de malades préféraient se rendre directement à la capitale, ce qui engendrait des difficultés au niveau du coût des transports et de la vie sur place pendant le temps que le patient devait rester à Nouakchott. En effet, au début de la prise en charge, la présence sur place pouvait dépasser trois mois. Nous avons plus facilement compris pourquoi de nombreux patients, même dépistés positifs, ne bénéficiaient pas d'une prise en charge adéquate à leur état de santé.

b/ prise en charge d'enfants malnutris dans des centres spécialisés gérés par la CRF.

La mission sur place de la CRF consistait en effet à la gestion de ces centres. Un centre prenant en charge les enfants malnutris sévères était situé au sein même de l'hôpital de Kaédi et de nombreux autres s'occupant des enfants malnutris modérés étaient répartis sur l'ensemble de la commune et des environs.

Pendant notre séjour, nous avons participé à l'activité d'un de ces centres périphériques. Durant une matinée, en l'absence de l'infirmier autochtone en poste, nous avons réalisé nous même les soins, aidés par deux collègues infirmiers français. Les soins consistaient à mesurer la taille, le périmètre brachial, le poids, la température et à délivrer des compléments alimentaires et des traitements anti-parasitaires ou antibiotiques si besoin.

Chaque lieu nous a permis d'observer des pathologies différentes et de diversifier nos activités.



Pesée d'une enfant dans un centre de suivi CRF de la malnutrition modérée

2.3.2.2 Pathologies rencontrées

Nous ne dresserons pas une liste exhaustive de toutes les pathologies rencontrées mais la diversité des lieux d'exercice nous a confronté à de très nombreuses maladies, toutes spécialités confondues.

En premier lieu, nous avons pu observer de nombreuses complications et infections opportunistes liées au VIH/Sida. Un des moyens de découverte les plus fréquents, en dehors du dépistage systématique des femmes enceintes, des militaires et du volontariat, était le prélèvement des patients tuberculeux. En effet, nombre des patients VIH étaient dépistés suite à la prise en charge d'une tuberculose. Nous avons diagnostiqué ainsi une douzaine de tuberculoses pulmonaires, une pleurésie tuberculeuse et une tuberculose ganglionnaire confirmée par des biopsies.

Pendant les consultations, c'étaient surtout les pathologies dermatologiques qui dominaient avec de nombreux cas de zona, d'abcès principalement génitaux, de candidoses buccales, de teigne, de gale, une demi-douzaine de cas avec des lésions de Kaposi et quelques cas d'herpès.

En HDJ, nous avons pris en charge surtout les patients atteints par des candidoses oropharyngées nécessitant un traitement intraveineux, de nombreuses fièvres non étiquetées faute de moyens pour réaliser des examens complémentaires, des patients cachectiques dont une dizaine avec un indice de masse corporel inférieur à quatorze, des cas de déshydratation (soit liée à la chaleur, soit à des diarrhées profuses), trois hyponatrémies sévères sur vomissements.

Le manque de moyens diagnostiques nous a fait douter sur de nombreux cas: nous avons suspecté une cryptococcose neuro-méningée mais nous n'avons jamais eu un diagnostic établi. Malgré la ponction lombaire, les résultats fournis par le laboratoire étaient insuffisants pour conclure. Le traitement d'épreuve s'est avéré inefficace car le patient est

décédé quelques jours après sa mise en route. Nous avons pris également en charge trois pneumocystoses dont le diagnostic a été évoqué sur des radiographies pulmonaires, seul examen d'accès gratuit pour nos patients. Une s'est avérée presque certaine car l'état général du patient s'est amélioré sous traitement. Deux ont été suspectées car les malades, dont l'état était très précaire, sont eux aussi décédés quelques jours après l'instauration du traitement. Il en était de même pour trois cas de toxoplasmose: deux ont bien réagi au traitement et ont vu les déficits moteurs régressés et un est décédé.

Nous avons ainsi été amenée dans les cas les plus difficiles à instaurer plusieurs traitements probabilistes en même temps (quand cela était possible) afin d'augmenter les chances de survie du patient. Ainsi, dans la majeure partie des cas:

- soit les patients se rétablissaient et nous ne savions pas quelle pathologie était initialement responsable du tableau clinique observé.
- soit les patients décédaient et là nous ne savions pas si nous nous étions trompée de diagnostic ou si l'état trop avancé de la pathologie faisait que le traitement n'était plus efficace.

Sans examens complémentaires, il était bien difficile de poser certains diagnostics, surtout pour les tableaux cliniques neurologiques. L'exemple le plus marquant a été celui d'une patiente de cinquante ans, connue positive au VIH depuis de nombreuses années mais non observante dans la prise de son traitement ARV, apyrétique, hospitalisée dans le service de médecine interne pour un tableau de déficit neurologique avec hémiplégie droite et troubles de la parole. L'installation des troubles était difficile à faire préciser par la famille. Nous avons suspecté dans un premier temps une toxoplasmose cérébrale et avons débuté un traitement dans ce sens. Trois jours après son entrée, la famille avait réuni assez d'argent pour la réalisation d'une tomodensitométrie cérébrale qui a révélé un accident vasculaire cérébral ischémique.

En effet, en dehors des pathologies liées au VIH, il y avait aussi toutes les autres rencontrées au sein de la population mauritanienne.

Les maladies infectieuses dominaient toutes les spécialités: cas de paludisme pendant les deux mois les plus pluvieux, bilharziose urinaire, pneumopathie franche lobaire aigüe, oreillons, cholécystite, prise en charge d'un accident d'exposition au sang et un au sexe avec mise sous traitement ARV prophylactique.

Au sein des services hospitaliers, nous avons été amenée à voir de nombreuses hépatopathies post-hépatite B, un cas de tétanos et un cas très marquant de rage humaine.

Pendant ces six mois, les gestes techniques effectués sont restés modestes mais diversifiés en fonction des lieux et du moment d'exercice: ponction lombaire, poses de sondes naso-gastriques, ponctions d'ascite, ou encore prises de sang, poses de perfusion (bien plus difficile qu'il n'y paraît car les repères disparaissent sur les peaux noires et un matériel différent), injections de médicaments, sont des gestes que nous avons réalisé au quotidien si nous souhaitions une prise en charge rapide des malades, pas toujours facile à obtenir avec le personnel local.



Système de perfusion à double entrée

2.3.2.3 Autres activités

En dehors de l'activité médicale pure, nous avons aussi été amenée à participer aux actions de la CRF sur le terrain.

Elles étaient de plusieurs types à notre niveau :

1°/ Représentation de la CRF lors de manifestations à caractère médical :

a/ réunion au Centre National de Transfusion Sanguine. Le but était la préparation à la journée mondiale du don du sang du 14 juin. Le thème de la campagne de l'année 2010 avait pour titre « besoin de sang neuf ». Elle cherchait à cibler et sensibiliser la jeunesse mauritanienne au don du sang. Notre rôle lors de cette réunion ne s'est limité qu'à celui de faire acte de présence.

b/ remise des diplômes des étudiants infirmiers à l'Ecole de Santé Publique de Nouakchott en présence du Ministre de la Santé.

2°/ Participation au recrutement et à la formation de deux sensibilisateurs en nutrition. Le travail comprenait :

- a/ sélection des dossiers de candidature pour la participation aux épreuves écrite et orale,
- b/ correction de l'épreuve écrite,
- c/ participation à l'entretien oral des candidats,
- d/ sélection finale des deux candidats,
- e/ deux demi-journées de formation consacrées à l'enseignement des notions générales médicales sur le VIH, ainsi que sur l'hygiène et la nutrition.

3°/ Aide à la rédaction de rapports ou de courriers administratifs pour le chef de service et nos propres rapports mensuels pour la CRF.

Notre activité non médicale est restée modeste mais a occupé bon nombre des après-midis libres de toutes consultations.

2.3.3 Difficultés rencontrées

Un stage de six mois à l'étranger nous a confronté à des difficultés bien plus grandes et inattendues qu'un stage effectué en France. Cela a nécessité un besoin d'adaptation décuplé. Nous avons classé celles-ci en trois catégories: professionnelles, culturelles et personnelles.

2.3.3.1 Difficultés professionnelles

De nombreux obstacles se sont posés à notre exercice médical.

1°/ La principale difficulté au niveau professionnel était le manque de moyens diagnostiques et parfois thérapeutiques. Nous avions à notre disposition, au sein du centre, un laboratoire qui pouvait nous fournir rapidement une numération formule sanguine et des groupages ABO et rhésus. Nous pouvions alors transfuser en urgence nos patients, bien utile en cas d'anémie secondaire à la prise d'ARV. Nous pouvions également prescrire des radiographies pulmonaires, gratuites pour les patients VIH, qui étaient réalisées au sein du service d'urgences de l'hôpital. Le reste des examens complémentaires, nécessaires entre autre au diagnostic des maladies opportunistes, était à la charge des patients et de leur famille, raison pour laquelle, bien souvent, nous ne pouvions pas poser un diagnostic certain sur la seule base de l'examen clinique. Même un simple ionogramme prescrit en cas de diarrhées ou de vomissements importants s'avérait impossible à obtenir car trop cher pour certains patients. Il était donc extrêmement ardu de faire la différence entre pathologies spécifiques liées au VIH et pathologies générales. Au niveau thérapeutique, la mise sous traitement ARV se révélait dans certains cas délicate. Le nombre de molécules présentes au CTA était limité, il existait de nombreuses

contre-indications cliniques ou biologiques aux molécules disponibles et le manque de moyen de conservation (pas de réfrigérateur) restreignait encore plus le choix. De plus, nous ne disposions que de deux lignes de traitement. Lors de notre présence, il commençait à se faire ressentir un manque de troisième ligne thérapeutique pour les patients ayant acquis des résistances aux deux premières lignes. Une question se posait alors: que faire et qu'allaient devenir les patients multi-résistants?

2°/ Nous avons ressenti également de grandes difficultés dans les soins des patients, surtout au niveau de l'hôpital. Les familles devaient s'occuper de tout, aussi bien sur le plan des démarches administratives, des soins que des transports. Notre plus grande gêne était de voir les familles prendre en charge les soins quotidiens de leur proche: hygiène corporelle, nourriture, linge propre. Il n'y avait ni lingerie, ni aides-soignants au sein de l'hôpital pour assurer ces tâches. Elles prenaient aussi tout en charge financièrement: coton, aiguilles, seringues, perfusions, médicaments, alcool, bétadine, gants non stériles, etc. Si nous souhaitions effectuer le moindre geste, il fallait rédiger des ordonnances pour que la famille aille à la pharmacie centrale de l'hôpital chercher ce dont nous avions besoin. Tout était payant, les services disposant de très peu de fournitures qu'ils distribuaient au compte-goutte au plus nécessaire ou à notre demande expresse. Les chambres étaient de grandes pièces où étaient disposés six lits en fer avec un matelas dessus et une table de chevet à côté. Pour les plus riches, il existait des chambres individuelles, faites sur le même modèle mais plus spacieuses. L'intimité et la confidentialité étaient très réduites.

Au sein du CTA, les choses étaient plus aisées. Nous disposions des principaux traitements des infections opportunistes et de tout le petit matériel pour réaliser des prélèvements, poser des perfusions et injecter des traitements intraveineux. Tout était gratuit pour nos patients.

3°/ Le niveau d'éducation sanitaire assez bas de la population nous a posé quelques difficultés. Les questions posées lors de l'interrogatoire médical devaient rester les plus simples possible afin d'obtenir des réponses adéquates et utiles. De même, les renseignements donnés pour expliquer telle pathologie, tel traitement ou pour effectuer telle démarche administrative, devaient être donnés de façon réitérée, parfois sur plusieurs jours, afin d'obtenir une bonne compréhension de la part de la famille. Ceci engendrait quelquefois un retard dans la prise en charge. Le plus compliqué à faire comprendre au patient était la nécessité de prendre un traitement à vie quand aucun symptôme n'était ressenti par celui-ci. Ce problème se rencontrait pour toutes les pathologies chroniques ou préventives comme le diabète, l'hypertension artérielle ou la prise au long cours d'anti-vitamines K sur phlébite ou embolie pulmonaire. On voyait souvent dans les services hospitaliers de nombreuses complications liées à ces affections (accidents vasculaires cérébraux, volumineux abcès sur plaies minimes chez les diabétiques).

4°/ Nous avons rencontré une grande gêne professionnelle face aux pratiques de certains membres du personnel médical et paramédical au sein de l'hôpital, raison principale de notre retour au sein du CTA après un mois passé là-bas. En effet, les PVVIH étaient victimes d'une image très négative au sein de la population mais aussi auprès de certains professionnels de santé mal informés. Atteints d'une maladie mortelle sans traitement efficace, contaminés par leur faute en raison d'un mode de vie jugé inconvenant, ils étaient tout simplement laissés à l'abandon dans leurs lits d'hôpital, avec un minimum de soins pour éviter de les toucher de peur d'être contaminés. Les exemples qui nous ont marquée ont été nombreux: un médecin a refusé d'examiner et de toucher un patient pendant sa visite matinale; les dossiers médicaux étaient vides de tout renseignement (en dehors de leur séropositivité) et de tout examen clinique; un infirmier ne connaissait pas les modes de transmission de la maladie; un patient n'a pas reçu son traitement intraveineux prescrit au cours de son hospitalisation, un patient a été mis sous traitement antibiotique systématique alors que nous l'avions hospitalisé pour une anémie extrêmement sévère (1.8g/dl d'hémoglobine). Ainsi, au cours du mois passé à temps plein à l'hôpital, tous nos patients sont décédés, ce qui nous a poussée à retourner au CTA.

5°/ Nous avons pensé à la difficulté de concentration au cours de notre exercice: les patients (et le personnel) étaient bien souvent indisciplinés! Sans cesse interrompue pendant une consultation ou un examen clinique, obligée de régler plusieurs problèmes à la fois, on perdait bien souvent le fil de nos idées ou de nos actes. Par exemple, dans un même bureau, deux médecins consultent un patient (seul ou accompagné par un proche). D'autres patients, qui ne font que rentrer et sortir de la salle, s'ajoutent au premier. Ainsi, on se retrouve avec deux ou trois personnes dans la pièce, une assise et plusieurs debout. Ajouter à cela un médecin ou un membre du personnel qui vient vous poser une question (pas toujours d'ordre médical), un téléphone portable qui sonne et on se retrouve dans une cacophonie épouvantable avec une multitude de conversations différentes. Tout cela dans une pièce de six mètres carré...

2.3.3.2 Difficultés culturelles

1°/ La plus grande difficulté rencontrée tout au long de ces six mois de stage a été indéniablement la barrière de la langue.

La majorité des patients parlait le hassanya, dérivé de l'arabe, ou les autres dialectes africains. Seuls les plus instruits ou les plus anciens parlaient français. Même si nous avions appris le hassanya, ce qui aurait nécessité un apprentissage long et laborieux, il aurait persisté les autres langues que nous ne connaissions pas. Nous serions restée dans l'impossibilité de communiquer librement et sans interprète avec les autres patients.

Ce problème de langue était très handicapant car il limitait fortement nos capacités de compréhension pendant les consultations (nous ne savions pas toujours en détail ce qui se disait, surtout lors de l'annonce du diagnostic). Même si les médecins avec qui nous

travaillions nous traduisaient l'essentiel de l'entretien, nous avions toujours l'impression d'avoir manqué quelque chose.

Il réduisait aussi nos capacités d'expression avec les patients, plus particulièrement lors d'un interrogatoire. La nécessité de recourir à un traducteur nous faisait perdre de la précision dans les renseignements obtenus. Les réponses des patients restaient souvent floues, ou sans rapport avec la question mais là, il devenait très difficile de savoir d'où venait le problème: problème de traduction avec déformation de la question ou bien problème de compréhension du patient qui répondait mal à la question, comme cela arrive bien souvent en médecine, même en France?

La situation se compliquait encore plus quand même notre traducteur « officiel », avec qui nous travaillions depuis notre arrivée, ne comprenait pas un des nombreux dialectes africains de sa connaissance. Nous nous retrouvions avec deux traducteurs: le nôtre et un membre de la famille. Notre traducteur posait notre question au membre de la famille dans une langue connue des deux, qui retraduisait la question au malade. Dans ce cas, si la question était trop longue ou trop compliquée, il n'y avait aucune chance d'obtenir une réponse adaptée ou attendue. Cela nous obligeait à poser des questions très courtes, réduites parfois à un mot ou un symptôme pour espérer obtenir un renseignement utile dans la prise en charge.

2°/ La période du Ramadan a été un moment pendant laquelle notre patience a été mise à rude épreuve. La grande majorité du personnel du CTA participait au jeûne du Ramadan, mois sacré dans la religion musulmane. Le CTA se retrouvait à fonctionner au ralenti. En effet, la population vivait surtout la nuit et se reposait la journée. La présence du personnel devenait plus aléatoire et fragmentée le matin et il nous arrivait fréquemment de retrouver le personnel présent allongé pendant les heures de travail. Une tâche qui prenait habituellement dix minutes se réalisait à ce moment là en une heure, ou bien nous la faisions nous même quand nous ne pouvions plus attendre. C'était une période très pénible pour nous, prise en étau entre la volonté de continuer à bien faire notre travail, et celle de ne pas bousculer le personnel, trop fatigué par le jeûne et la chaleur, très forte au cours de ce mois. Nous avions parfois l'impression de travailler dans un CTA fantôme.

2.3.3.3 Difficultés personnelles

La vie au quotidien était aussi pleine d'obstacles.

1°/ Le plus important et le plus gênant a été le contexte sécuritaire qui est devenu délicat au cours de notre séjour.

A notre arrivée au mois de mai 2010, les déplacements à l'intérieur du pays étaient déjà restreints et soumis à de grandes restrictions sécuritaires mais ils n'étaient pas interdits. Certaines routes étaient fermées car jugées dangereuses ou à haut risque d'enlèvement. Les déplacements dans la capitale étaient également soumis à des règles bien établies

mais qui demeuraient souples: les déplacements à pieds restaient possibles et ceux motorisés nous étaient conseillés avec une liste de taxis jugés sûrs. Au cours de la semaine, nous étions très peu amenée à sortir: le matin, nous étions conduite au CTA par un chauffeur de la CRF, et le soir, nous étions déposée à la maison par le chef de service. Le week-end, nous disposions d'une voiture du bureau de la CRF. Nous n'avons jamais eu l'autorisation de conduire car nous avions un statut de stagiaire qui nous interdisait toute conduite d'engin motorisé.

A partir du mois de juillet, les règles de sécurité ont été plus strictes en raison de l'assassinat d'un otage français dans le désert du Mali, pays frontalier, et la peur accrue d'attentats et d'enlèvements d'Occidentaux. Seulement quelques lieux de sortie étaient autorisés, les marchés populaires nous étaient interdits même accompagnée. Il nous était impossible de se déplacer à l'intérieur du pays, en dehors des raisons professionnelles impératives. La découverte touristique du pays devenait impossible. Les déplacements à pieds étaient également proscrits dans la capitale et ceux motorisés ne devaient plus se faire qu'à partir de la liste établie, comprenant seulement trois noms de taxis. Impossible pour nous de héler un taxi dans la rue quand on le souhaitait. Il nous fallait attendre qu'un des taxis soit disponible ce qui pouvait prendre beaucoup de temps. La plupart du temps, nous nous déplaçons avec la voiture CRF, quand elle était libre et qu'un chauffeur voulait bien nous emmener là où nous voulions. Cette absence d'autonomie au niveau des moyens de transport et la sensation d'être toujours dépendante des autres est devenue de plus en plus pénible au fil des mois. Quelquefois nous avons eu l'impression d'être emprisonnée.

Parallèlement à ces règles de sécurité très strictes, nous n'avons jamais ressenti cette insécurité auprès de la population. Celle-ci était très accueillante et d'une grande gentillesse avec nous. Ce décalage nous laissait un sentiment indéfini de peur parfois exagérée.

2°/ D'un point de vue plus personnel, nous sommes passée par différents sentiments au cours des mois: euphorie, découragement, résignation.

Les deux premiers mois ont été marqués par une sensation d'euphorie. Tout ce qui nous entourait était nouveau et nous prenions plaisir à découvrir notre nouvel environnement de vie et de travail. Pendant cette période, les consignes de sécurité restaient flexibles, les conditions de travail étaient faciles au CTA et les cas restaient simples au cours des consultations. Nous découvrons surtout une nouvelle culture.

Les deux mois suivants ont été beaucoup plus difficiles et marqués par un sentiment de lassitude et d'inutilité grandissante. La pauvreté, les conditions de vie précaires ou encore l'inégalité dans l'accès aux soins nous apparaissaient dans sa dure réalité. Les conditions de travail étaient rudes à l'hôpital et même les cas vus au CTA étaient plus complexes. De plus, la vie quotidienne se compliquait en raison de règles de sécurité plus strictes qui nous privaient d'une partie de notre liberté de mouvements.

Les deux derniers mois ont été plus faciles, marqués par la résignation. Une coupure de dix jours de congés a aidé à prendre une certaine distance avec ce que l'on avait déjà vécu. Le repos a été également bénéfique pour repartir et terminer ce séjour avec plus de sérénité. La fin du stage a été agréable et nous avons profité au maximum des personnes rencontrées et des découvertes faites depuis notre arrivée.

3°/ Un dernier point de difficultés, bien minime en comparaison des autres, a été la chaleur. Notre séjour s'est déroulé durant les six mois les plus chauds de l'année. Accentuée par l'humidité de la pluie des mois d'août et septembre, la chaleur a été particulièrement éprouvante, augmentant la sensation de fatigue générale au fil des mois.

2.3.4 Bénéfices retirés

Néanmoins, certaines des difficultés rencontrées se sont révélées bénéfiques sous de nombreux points de vue et pour notre exercice futur.

2.3.4.1 Bénéfices professionnels

1°/ Dans un premier temps, nous avons pu approfondir nos connaissances sur les maladies tropicales et en particulier le VIH. Nous avons découvert une spécialité médicale méconnue pour nous: le VIH. C'est une pathologie que nous connaissions très peu avant notre départ (en dehors des modes de transmission et du dépistage) et à laquelle nous avons été très peu confrontée au cours de notre cursus médical. Ce fut une excellente découverte car c'est une pathologie riche et passionnante, très stimulante sur le plan intellectuel. Nous avons vu de nombreux cas complexes qui nécessitaient une réflexion de prise en charge « optimale » avec les moyens disponibles, parfois dérisoires. De plus, nous avons pu constater la diversité des pathologies infectieuses présentes en Afrique, même si elles restent peu nombreuses en Mauritanie par rapport à d'autres pays plus tropicaux. Ces pathologies, peu courantes en Médecine Générale en France, y restent de l'ordre des spécialistes (toxoplasmose, tuberculose, maladie de Kaposi, paludisme..). De même, nous avons découvert une pathologie quasiment inconnue en France, à savoir la malnutrition chez les enfants et son équivalence chez les adultes avec des états cachectiques très prononcés et des indices de masse corporelle inférieurs à quatorze. Voir un enfant de deux ans être aussi gros qu'un enfant de six mois nous a fait prendre conscience de l'importance du bon remplissage des courbes poids/taille dans les carnets de santé, outil indispensable au suivi du développement des enfants. De même, nous avons constaté qu'une alimentation variée et diversifiée est nécessaire au maintien d'un bon état de santé et à une guérison plus rapide.

2°/ Dans un second temps, nous avons été sensibilisée aux problèmes de santé publique, que ce soit aussi bien au niveau de la prévalence des pathologies qu'à une réalité économique dont nous n'avions pas toujours conscience en France. Voir tous les jours une impossibilité de soins aux patients liée aux difficultés de financement nous a fait prendre conscience du coût réel de la santé. Nous mesurons d'autant plus la valeur de notre système de soins. De plus, si nous avons appris à approfondir notre examen clinique et à nous appuyer dessus pour poser un diagnostic, nous avons tout de même pu apprécier que, choisis à bon escient, les examens complémentaires étaient indispensables pour une prise en charge efficace et rapide.

Nous avons noté également une répartition bien différente des pathologies. Devant un tableau grippal nous pensions paludisme, devant une toux nous pensions tuberculose, devant une altération de l'état général nous recherchions une hépatite virale ou une séropositivité au VIH, devant une hématurie nous recherchions une bilharziose.

3°/ Ce séjour a été l'occasion de développer notre patience et notre capacité d'expression face aux patients. Nous avons acquis progressivement l'aptitude à donner des informations de manière simple et concise, à formuler nos questions et à nous exprimer en des termes compréhensibles de tous. Nous avons appris à prendre notre temps et à dialoguer avec les patients, qualités qu'ils apprécient beaucoup. Même dans les moments de forte affluence, les patients se révélaient extrêmement « patients ». Ils pouvaient rester des heures assis par terre à attendre leur tour, sans jamais rien demander ni contester. Nous ne pouvions que prendre exemple sur eux et leur calme à toute épreuve, même lors des périodes de grand stress.

2.3.4.2 Bénéfices humains

1°/ Nous avons rencontré des personnes très attachantes tout au long de notre séjour. Vivant dans la simplicité et souvent aussi dans la pauvreté, nous avons côtoyé une population d'une grande richesse humaine, pleine de courage et de dignité, même dans les situations les plus difficiles. Elle avait à coeur de nous faire découvrir sa culture et son sens de l'accueil, mais aussi de connaître notre mode de vie et nos coutumes. Elle nous accueillait avec beaucoup de joie, de curiosité et de sourire. Elle donnait ce qu'elle avait avec plaisir mais sans rien attendre en retour, en dehors peut-être d'un sourire de satisfaction de notre part pour avoir été bien reçue.

2°/ De plus, l'approche et le contact médecin-malade étaient bien différents de ceux que l'on peut avoir en France. Dans une population très croyante, le rapport à la mort diffère en tout point de celui existant en France. L'attente vis-à-vis du médecin diverge donc autant. Si en France la mort est souvent vécue comme un échec pour la médecine et pour le médecin, en Mauritanie la médecine reste un outil, une aide apportée en plus. La décision finale n'appartient qu'à Dieu. Cette part de fatalisme sur la vie nous a beaucoup dérangé au début de notre séjour. Nous avons fini par l'accepter, manière aussi de se protéger des dures réalités de la vie et de poursuivre notre travail.

Ainsi nous avons été remerciée par des familles, même après le décès de leur proche, pour tous nos soins et notre attention portés à ce dernier et n'avons jamais rencontré de colère ou de reproches sur notre prise en charge. Nous n'avons jamais ressenti la crainte de représailles personnelles ou judiciaires. Le climat de travail était plus serein, sans la peur de faire une erreur qui risquait de nous être préjudiciable. Paradoxalement, nous avons plus eu à coeur de bien faire, de ne pas trahir la confiance que nous portaient nos patients; même si parfois nos moyens étaient dérisoires pour les soigner. Nous avons bien conscience que le niveau d'éducation sanitaire faible des malades contribuait aussi à ce phénomène. Un autre atout pour nous a été notre couleur de peau: médecin blanche, gage de sérieux et de compétences. Les patients nous ont accordé tout de suite leur confiance, sans rien faire, ni rien dire.

2.3.4.3 Bénéfices culturels

1°/ Ce séjour de six mois a été l'occasion de découvrir une culture bien différente de la nôtre. Les coutumes, les modes de pensées, les modes de vie sont totalement opposés aux nôtres. Musique, alimentation, codes vestimentaires, relation hommes/femmes, rôle et place de chacun dans la société, place de la religion dans la vie quotidienne, tout différait de nos habitudes et devenait découverte. Cet apprentissage n'était pas à sens unique. C'était un échange bilatéral. Si nous apprenions de nos hôtes, ceux-ci étaient aussi très curieux sur notre mode de vie en France et nous posaient de nombreuses questions. Nos conversations étaient parfois insolites, comme par exemple cette question qui nous est apparue bien naïve: si nous ne vivons ni avec des chèvres, ni avec des vaches, comment faisons-nous pour avoir du lait? Ce dialogue inter-culturel nous a permis une plus grande ouverture d'esprit et une tolérance accrue envers les différences entre individus et les opinions de chacun. Mais nous avons surtout acquis une meilleure compréhension de ces populations qui vivent en France et nous avons pu mieux cerner les difficultés qui peuvent se poser à ces personnes qui vivent loin de chez elles et de leurs codes sociaux (comme l'apprentissage d'une langue bien étrangère).

2°/ De plus, ce stage a été l'occasion de mieux appréhender une religion parfois très stigmatisée et décriée en France. République islamique, le pays est à 99,9% musulman, très pratiquant. Jamais tout au long de notre séjour, nous nous sommes sentie menacée ou rejetée du fait de notre appartenance (ou non) à une religion différente, jamais on ne nous a demandé de porter un voile ou de nous couvrir la tête. La seule astreinte vestimentaire que nous nous sommes imposée a été de porter des vêtements longs pour dissimuler nos jambes, mal vu et mal considéré dans le pays. Si nous connaissions un peu les grandes lignes de la religion musulmane, ces six mois d'immersion nous ont fait découvrir de nombreux aspects inconnus et communs à toutes les religions. Nous nous sommes demandé pourquoi tant de peur envers une religion qui ressemble en de nombreux points à toutes les autres? Les valeurs véhiculées sont les mêmes, seuls les rituels diffèrent. L'ignorance, l'influence des médias, la méconnaissance ou les mauvaises interprétations semblent être les seules choses à avoir peur...

2.3.4.4 Bénéfices personnels

Cela a été sans conteste le point de satisfaction le plus important pour nous. S'il est difficile de décrire ou d'expliquer en quoi ce séjour nous a changé, nous avons ressenti un grand bouleversement personnel. Ce stage nous a permis de découvrir une partie de nous-même. Nous avons appris à nous dépasser pour surmonter nos difficultés, à vivre en paix avec nous-même, à nous accepter avec nos qualités et nos défauts. Nous avons découvert que la vie est bien trop courte pour se laisser envahir par des pensées parasites ou des biens aussi futiles qu'inutiles.

Côté professionnel, nous avons acquis une maturité, une assurance et une confiance en nous qui nous manquaient jusqu'à présent et qui nous sont devenues indispensables dans notre pratique quotidienne.

Libérée de toutes les contraintes que nous nous imposions nous-même, nous vivons et travaillons plus sereinement.

2.4 Le retour à la vie française

Passés les premiers moments d'adaptation au froid français, le retour à la vie de tous les jours a été très rapide. Nous avons été très contente de retrouver nos commodités du quotidien et notre liberté de mouvement. Nous avons apprécié d'autant plus, encore aujourd'hui, tous nos avantages et la facilité de notre vie en France. En revanche, il nous est toujours difficile, même un an après notre retour, d'entendre et de voir toutes ces personnes qui se plaignent sans cesse et qui ne savent pas apprécier ce qu'elles ont.

Epuisée physiquement et prise dans les démarches administratives, nous avons attendu trois mois avant de reprendre une activité professionnelle. A notre grande surprise, nous n'avons éprouvé aucune difficulté, bien au contraire. Lors de notre premier remplacement dans un cabinet de campagne, notre expérience et notre débrouillardise acquises au cours de notre dernier stage nous ont servies à de nombreuses reprises. De nature anxieuse et stressée, nous avons fait face aux situations inédites et imprévues avec calme et sérénité. Nos patients eux-mêmes se sont montrés très curieux de connaître un peu de notre expérience en Afrique. Et face aux patients issus de l'immigration, en particuliers africains, cela est devenu un excellent moyen pour ouvrir le dialogue et favoriser les échanges avec une population parfois difficile d'accès. Bien loin de nous desservir, elle se révèle un atout précieux dans notre exercice de tous les jours.

Toutefois, même si les difficultés apparaissent plus nombreuses et plus importantes que les bénéfices, nous pouvons résumer l'ensemble de notre ressenti au cours de cette expérience: les difficultés passent, les bénéfices retirés restent.

3 DISCUSSION

Dans cette troisième partie, nous verrons que notre stage à l'étranger est pour l'essentiel similaire à un stage hospitalier français, même s'il existe des différences non négligeables. Puis nous nous demanderons quel retentissement ce stage a eu sur notre formation et sur le développement de nos compétences en Médecine Générale, sans oublier le retentissement humain de cette expérience. Néanmoins, il conviendra de poser quelques conditions de réussite afin de tirer les meilleurs avantages d'un tel stage.

3.1 Un stage hospitalier comme les autres?

3.1.1 Similitudes

Nos six mois de stage au sein du CTA de Nouakchott comportaient des similitudes avec un stage hospitalier effectué en France :

1°/ Le cadre du stage restait identique. Reçue dans un service spécialisé dirigé par un médecin chef, nous avons consulté et examiné les patients sous la supervision des médecins attachés au service. Si nous avons bénéficié d'une grande autonomie dans notre pratique, nous avons toujours eu à notre disposition en cas de difficultés un médecin pour nous aider dans nos prises de décisions. Dans un service pluridisciplinaire, nous avons travaillé en équipe avec l'ensemble du personnel du CTA: infirmiers, secrétaire, assistante sociale, psychologue...

Au sein des différents services du CHN, nous avons été peu dépaysée par la hiérarchie, l'organisation et la répartition des tâches médicales. Celles-ci étaient identiques à la France: un médecin chef, des médecins attachés, des internes, des externes et des infirmiers. Dans le service de médecine interne, les visites se déroulaient de la même façon qu'en France: un médecin, un interne, un ou plusieurs externes répartis selon les différents secteurs. Une fois par semaine, un staff matinal présentait les patients du service en présence de tous les médecins et du médecin chef. Ensuite, ils effectuaient la visite au chevet des malades accompagnés par les infirmiers.

Malheureusement, l'activité majoritaire de consultations du CTA ne permettait pas une telle organisation de service. Néanmoins nous avons pu effectuer des mini-staffs improvisés. Avec les médecins présents lors de la pause thé/café du matin, nous présentions les dossiers des patients nous posant des problèmes. En l'absence de cas problématique, nous échangeons simplement des nouvelles sur l'état général des patients vus en consultations et connus de tous.

Les échanges et la supervision de notre exercice, nécessaires à notre apprentissage, étaient donc assurés au cours de notre stage en Mauritanie.

2°/ En tant que service spécialisé dans le VIH/Sida, nous avons été couramment amenée à demander des avis par téléphone auprès des autres spécialistes du CHN. Parfois nous nous sommes déplacée avec les dossiers ou nous avons accompagné directement les patients au sein des différents services. Comme en France, c'était un moment d'échanges privilégié avec les spécialistes et une source importante de diversité d'activité et d'enrichissement professionnel.

3°/ Pour un stage validant auprès de la faculté, nous avons été soumise aux mêmes obligations administratives: présence minimum de quatre mois, demande et accords des vacances auprès du chef de service et de la faculté. Mais surtout, nous avons été évaluée à la fin de notre stage comme lors de tous nos stages en France. Au cours d'un entretien d'environ trente minutes avec le chef de service, nous avons été soumise à la même grille d'évaluation (annexes). La validation du stage n'était pas aléatoire ou à la convenance du chef de service. Basée sur des demandes écrites précises, la validation de notre stage était conforme aux attentes de la faculté.

3.1.2 Dissemblances

Il existe en parallèle des différences notables qu'il ne faut pas négliger:

1°/ Le manque de moyens diagnostiques, financiers et matériels limitait la bonne pratique médicale quotidienne. Si en France il suffit de demander et d'attendre un rendez-vous pour obtenir un examen, les choses étaient toutes autres dans un pays où tout reste à la charge du patient et où tous les examens ne sont pas disponibles. Certaines professions paramédicales n'existent pas non plus en Mauritanie, comme par exemple les aides-soignants ou les orthophonistes. Si ces problèmes de moyens compliquaient la vie du médecin occidental que nous étions, ils nous obligeaient également à faire preuve de beaucoup plus de réflexion et d'ingéniosité pour arriver à un résultat correct. Nous avons appris que les recommandations de bonnes pratiques médicales restaient des recommandations pas toujours applicables dans l'exercice du quotidien. L'exercice médical ne ressemblait pas à celui que nous aurions pu avoir dans un même service en France.

2°/ Le service où nous avons travaillé était un centre de traitement ambulatoire, l'activité principale restait les consultations avec la prescription de traitements ARV. Il ne disposait pas d'un service d'hospitalisation conventionnel pour les patients nécessitant une prise en charge plus complexe et plus prolongée. De plus, la répartition du travail pendant la semaine et au cours de la journée ne ressemblait pas à celle en France: la semaine se déroulait du dimanche au jeudi et le travail se répartissait principalement sur les matinées. Et contrairement à la France, nous n'avons eu aucune garde de nuit. Le CTA, un peu à l'écart de l'hôpital, ne fonctionnait que la journée et les jours de semaine. Il n'y avait pas de gardes au sein même du CTA et nous ne faisons pas partie du tour de garde des internes du CHN. La charge horaire de travail s'est vue quelque peu allégée.

3°/ Les problèmes linguistiques et la nécessité de recourir à un interprète faisaient partie du quotidien. En Mauritanie, il est aisé de trouver au sein du personnel un membre pouvant parler la langue souhaitée ou un dialecte proche. Dans les hôpitaux français, si les problèmes linguistiques sont plutôt rares, il est difficile de trouver un interprète au sein du personnel. De telles situations deviennent alors extrêmement chronophages avec l'intervention spécifique d'un interprète reconnu par l'hôpital ou avec l'utilisation de logiciels informatiques dont les réponses se limitent à oui ou non.

4°/ Partie au sein de la CRF, nous avons pu varier notre activité en participant aux programmes gérés par celle-ci. Sortie du cadre conventionnel du service hospitalier spécialisé, nous avons découvert le fonctionnement d'une ONG et ses actions à l'étranger. Cette possibilité se rapprochait plus du stage chez le praticien ou du SASPAS que du stage hospitalier.

5°/ Le cadre et le mode de vie au quotidien étaient tout à fait dissemblables. Même si notre charge horaire de travail était moins importante qu'en France, notre apprentissage de nouvelles coutumes et de nouvelles mœurs se poursuivaient en dehors de l'hôpital. Il n'y avait pas de moment de répit ou de repos. Ces six mois intensifs en immersion totale dans une culture inconnue se sont révélés être un travail à temps plein épuisant tant physiquement que moralement. Rien à voir avec l'image de vacances souvent présente dans les esprits.

3.2 Retentissement sur la formation initiale

3.2.1 En terme de savoir

Au cours de ce stage, les domaines d'acquisition en terme de savoir ont été nombreux. Ils ont concerné :

1°/ Les connaissances scientifiques principalement en maladies infectieuses, en dermatologie et en nutrition.

En plus d'approfondir nos connaissances sur le VIH/Sida, spécialité du centre, nous avons pu découvrir ou redécouvrir des pathologies telles que la tuberculose, le paludisme, les parasitoses digestives et urinaires, les hépatites ou un cas non exceptionnel pour le pays de rage humaine. La richesse des connaissances médicales acquises et révisées en maladies infectieuses et tropicales au cours de ce stage a été immense et inestimable. De plus, nous avons pu prendre en charge de nombreux patients avec des problèmes dermatologiques, souvent infections opportunistes dues au VIH/Sida (zona, herpès), mais aussi liés au manque d'hygiène et aux conditions de vie précaires (gale, abcès, mycoses).

De plus, notre engagement au sein de la CRF nous a permis de participer à leur programme sur la malnutrition infantile, pathologie méconnue en France, mais très courante en Mauritanie. Ce fut l'occasion pour nous de faire des recherches et de poursuivre notre apprentissage. La malnutrition touchait aussi les adultes atteints par le VIH/Sida. Nous avons été au quotidien sensibilisée à ce problème de nutrition et l'importance d'un apport alimentaire suffisant pour rester en bonne santé. Cet aspect est souvent négligé en France, remplacé par les problèmes d'obésité ou par les demandes des patients de régimes alimentaires parfois non justifiés.

2°/ L'utilisation au quotidien de l'outil informatique.

Toutes les consultations et les prescriptions étaient retranscrites sur informatique, en plus d'une marque sur dossier papier.

3°/ La sensibilisation aux sciences humaines et sociales.

Un stage à l'étranger éveille la curiosité. Plongée dans une culture et un pays totalement différents, nous avons découvert une histoire, une religion, des codes sociaux, une philosophie de vie souvent à l'opposé des nôtres. La psychologie et les modes de pensées de la population rencontrée nous ont obligé à nous adapter afin de mieux la cerner et d'adapter nos soins pour qu'ils soient les plus efficaces possibles. Le futur praticien apprend ainsi à travailler dans un milieu multiculturel, multiethnique, avec de nombreux rites et rituels. Nous avons acquis en plus des notions d'économie à la santé, notamment sur le coût élevé des soins. Sans prise en charge sociale, nous avons dû constamment adapter nos soins aux moyens de nos patients pour favoriser l'observance.

A l'inverse, un stage à l'étranger ne permet pas à l'étudiant d'acquérir les connaissances concernant son futur environnement d'exercice au sein de la société française. En effet, les règles institutionnelles, les obligations administratives ou médico-légales sont différentes d'un pays à un autre. La différence s'est faite surtout sentir au niveau des tâches administratives, les règles institutionnelles ou déontologiques étant plus proches. Avec un système de prise en charge de la santé quasi inexistant, le temps consacré à l'administration était réduit au strict minimum. Même si l'exercice médical s'en est trouvé modifié, il nous a été impossible en l'espace de six mois d'oublier le fondement de notre exercice dans lequel nous baignons depuis le début de nos études. A notre retour, les automatismes sont vite revenus et l'apprentissage a été rapide car nos capacités d'adaptation étaient décuplées.

3.2.2 En terme de savoir-faire

Le plus grand bénéfice en terme de savoir-faire reste sans conteste l'approfondissement de l'examen clinique. L'accès aux examens complémentaires étant limité, l'examen clinique revêt une importance capitale soit pour poser directement un diagnostic soit pour réduire au strict minimum les investigations complémentaires et à un moindre coût.

Nous étions dans l'obligation d'effectuer un examen approfondi du patient et d'adapter cet examen à la population (principalement de couleurs de peau noire) qui rendait l'inspection des téguments et des muqueuses essentielle en cas d'anémie ou d'ictère. De plus, l'interrogatoire restait souvent d'une utilité limitée pour l'orientation diagnostique. La barrière linguistique et le peu d'éducation à la santé de nos patients le rendaient même parfois sans aucun intérêt dans la suite de notre démarche médicale.

Néanmoins, ces deux inconvénients sont devenus au fil du temps des atouts dans notre apprentissage.

Ils nous ont obligé à développer de nouveaux modes de communication verbale et non verbale (gestes, regards, mimiques) et à informer et éduquer nos patients. Notre discours devait être simple et compréhensible de tous, sans termes trop techniques ou médicaux. Les patients se révélaient très demandeurs d'informations sur leur santé. Ce travail d'informations pouvait prendre plusieurs jours pour un même sujet, avec de nombreuses répétitions. La nécessité de recourir à un interprète, en plus de nous obliger à dialoguer de façon simple et concise, a été une excellente sensibilisation aux langues étrangères et un bon moyen d'appréhender nos patients étrangers ne parlant pas français. Après six mois dans un pays étranger à être supplée par un interprète, ces consultations en France parfois tant redoutées sont devenues plus aisées, naturelles, tout aussi efficace et riche en renseignements médicaux.

Nos capacités d'adaptation à notre environnement et à des situations inédites, difficiles ou imprévues ont été démultipliées.

La résolution de problèmes spécifiques, qui au quotidien ne sont pas forcément d'ordre médicaux, se développe au fur et à mesure des expériences et des difficultés rencontrées. Le praticien est obligé de développer son ingéniosité et d'utiliser des moyens parfois peu conventionnels.

Le point le moins formateur en terme de savoir-faire est le manque d'applications techniques du savoir et le manque de réalisation de gestes dans la pratique quotidienne. Même si le savoir médical et la démarche intellectuelle sont présents, le manque de moyens financiers et matériels récurrents limite son application pratique et empêche le déroulement d'une démarche clinique optimale, laissant le médecin parfois bien frustré de ne pas pouvoir agir et soigner son patient comme il le souhaiterait.

3.2.3 En terme de savoir-être

Le retentissement en terme de savoir-être est sans doute le plus délicat à évaluer. Il est néanmoins indéniable que vivre six mois dans un pays étranger, multiethnique et multiculturel, nous a permis de développer notre curiosité, d'avoir une plus grande ouverture d'esprit et une tolérance accrue aux autres. Face à une population vivant pour la majorité dans une précarité la plus extrême, les notions de compassion, d'empathie, de dignité, d'humanité, de soutien moral prenaient tout leur sens. Le savoir-être reposait alors sur l'échange d'un regard, d'un sourire, sur le toucher de l'examen clinique. Tous ces éléments devienraient essentiels dans un contexte d'incompréhension linguistique. C'est toute la relation médecin-patient qui s'en trouvait renforcée.

Travailler dans des conditions aux moyens limités, être confronté à des cas cliniques complexes, avec une prise en charge médicale très retardée qui voyait arriver des patients dont l'état général était catastrophique, rendaient la gestion des situations très délicate. Le médecin que nous étions s'est vite et facilement retrouvé en situations d'échec ou avec seulement un rôle d'accompagnateur ou d'informateur. Toutes ces difficultés nous ont toutefois permis d'acquérir une meilleure connaissance de nous-même, de nos capacités et de nos propres limites.

Propulsée dans un pays où notre couleur de peau seule devenait gage de sérieux et de connaissances, où même des confrères plus spécialisés nous demandaient notre avis, notre jeune exercice s'est trouvé bouleversé. Entourée de confiance, confrontée au quotidien à devoir prendre des décisions ardues, c'est tout notre exercice médical qui a gagné en maturité et en confiance.

A notre avis, c'est le savoir-être du futur professionnel de santé qui retire le plus grand bénéfice d'un stage à l'étranger, surtout s'il est effectué dans un pays aux conditions de vie des plus précaires. Confronté à une réalité de vie quotidienne difficile et inédite, il est indispensable de s'adapter et de modifier profondément son savoir-être pour continuer à vivre et travailler dans ce milieu si étranger.

3.3 Retentissement sur les compétences du référentiel métier

Il est bien sûr impossible qu'un stage puisse développer toutes les compétences attendues d'un interne à la fin de son cursus universitaire. Certaines seront plus spécifiquement atteintes alors que d'autres seront mises de côté.

3.3.1 Compétences enrichies

Sur les sept compétences retenues dans la première partie de notre travail, quatre nous ont semblé particulièrement développées au cours de ce stage.

3.3.1.1 L'aptitude à la résolution de problèmes

C'est sans doute l'une des compétences les plus développées au cours de ce stage. La multiplication des situations inédites et des problèmes oblige l'étudiant à s'adapter et à trouver sans cesse de nouvelles solutions.

L'incidence et la prévalence des maladies en Mauritanie diffèrent de celles en France. Nous étions obligée d'ajuster nos prises de décisions avec ces nouvelles données et de les adapter plus encore aux sujets fragilisés que sont les PVVIH. Face à la complexité des cas cliniques rencontrés et aux manques d'examens complémentaires disponibles, l'incertitude était toujours de mise. Seul le temps nous permettait alors de savoir si nous avions pris la bonne décision et instauré le bon traitement. Il n'était pas rare de changer deux ou trois fois de traitement avant de trouver celui qui convenait. Loin d'être considérée comme une faiblesse du médecin, cette conduite était vue en Mauritanie comme un gage de compétences. L'incertitude du diagnostic était bien tolérée par le patient ce qui permettait d'utiliser le temps comme outil décisionnel.

De plus, une spécialité telle que le VIH/Sida nous a placé face à des patients venant à des stades divers de la maladie. Du stade précoce asymptomatique (dépistage systématique des femmes enceintes ou des militaires), au stade terminal "palliatif", en passant par les urgences infectieuses, vasculaires ou respiratoires, toutes les situations étaient représentées.

En revanche, nous n'avons que très peu développé notre habileté à exécuter des gestes techniques courants en soins primaires, en dehors des prises de sang et de la pose de perfusions.

3.3.1.2 Les soins centrés sur la personne

La forte discrimination à laquelle était soumise la plupart des PVVIH obligeait le praticien à centrer les soins sur la personne elle-même. Le contexte de vie des PVVIH était un élément essentiel dans la prise en charge. Même les membres de la famille proche ne connaissaient pas le statut virologique des malades. Seule une personne de confiance accompagnait les malades. Le plus souvent c'était un ami très proche. Le respect du secret professionnel était donc primordial. L'anonymat des dossiers et des ordonnances, la distribution des médicaments sous sachets, la similitude des boîtes étaient des éléments qui aidaient à sauvegarder ce secret.

De même, il était nécessaire au quotidien de négocier avec le patient pour la poursuite des soins. La mise sous ARV, le suivi clinique, la prise biquotidienne des médicaments, les bilans biologiques répétés, tous ces éléments étaient contraignants pour nos patients. Ils demandaient du temps mais aussi de l'argent en raison des nombreux déplacements qu'ils induisaient. Il fallait négocier avec le patient pour arriver à satisfaire nos attentes de médecin et les contraintes des patients. De plus, la notion de maladies chroniques était très mal comprise par les patients. Dès qu'ils se sentaient mieux, ils pensaient être guéris et voulaient arrêter leur traitement. Il fallait alors expliquer, informer et renégocier pour ne pas interrompre un traitement vital pour eux.

La création d'une relation de confiance entre le médecin et le patient est devenue au fil du temps une aide précieuse pour les faire adhérer à nos protocoles de soins. Les difficultés de communication verbale nous obligeaient à nous tourner vers les moyens non verbaux. Le développement de ces moyens de communication non verbaux (le regard, le sourire, le toucher) a été un outil important pour créer un lien entre le malade et nous. Nous revenions à l'essentiel, à savoir l'humain et le respect d'autrui. Paradoxalement, les problèmes linguistiques nous ont contraint à une écoute encore plus attentive de nos patients. Nous avons appris à prendre notre temps pour interroger, informer, expliquer. Ce temps nous a éclairé sur nos patients mais aussi sur nous-même. Nous avons pris le temps de ressentir nos émotions, d'appréhender nos limites et à nous surpasser pour surmonter les difficultés.

3.3.1.3 L'approche globale

Même si nous avons travaillé dans un centre spécialisé dans la prise en charge des PVVIH, nous avons été amenée à consulter des patients pour des soins ambulatoires, des maux aussi ordinaires que des rhinites, des toux sèches ou des onychomycoses.

En effet, le CTA est souvent le seul lieu de soins des PVVIH. La première raison reste sans doute la gratuité des soins. La seconde est l'anonymat dont les patients bénéficient au CTA, l'absence de stigmatisation de leur maladie, et probablement aussi l'accès libre, facile et sans rendez-vous des consultations. La grande majorité des PVVIH n'ont pas de médecin traitant qui les suit en dehors du CTA. Les praticiens présents deviennent alors les médecins traitants des malades les prenant en charge dans leur globalité.

Nous avons ainsi géré simultanément chez un même patient une maladie chronique à laquelle se rajoutaient des plaintes aiguës. La complexité de la pathologie VIH rendait chaque plainte, même la plus anodine, susceptible de cacher un mal plus important. Notre exercice a allié soins primaires et soins spécialisés. L'approche globale du patient était indispensable.

Comme nous avons déjà pu le développer dans le paragraphe sur le retentissement en terme de savoir faire, l'éducation à la santé a été un moment primordial de notre exercice. Le nombre réduit de patients que nous prenions en charge en hospitalisation de jour nous laissait du temps pour informer et éduquer les patients et le ou les accompagnateurs. Plus disponible que les médecins en consultations, nous répétions des messages comme la chronicité et l'incurabilité de la maladie et l'importance de la prise du traitement par ARV tous les jours, la nécessité d'avoir une bonne alimentation, une bonne hygiène et du repos pour rester en forme, les modes de transmission et de non transmission du virus (afin d'éviter l'isolement et le rejet du malade au sein du cercle familial). Ces informations nécessitaient souvent une répétition dans le temps car les notions de base concernant l'hygiène et la santé étaient très faibles. Les questions étaient nombreuses la population étant avide de connaissance sur sa santé. Ces échanges étaient riches d'enseignement pour nous aussi. Nous avons découvert à travers leurs interrogations ou leurs propos les conditions et les modes de vie des différentes populations et ethnies du pays où nous vivions. Nous ne pouvions pas toujours découvrir par nous-même ces détails, nos sorties et nos contacts extérieurs étant réglementés.

Les messages de prévention ont été eux difficiles à faire passer. La population vit au jour le jour, selon les labeurs du moment. Elle se soigne seulement lorsqu'elle ressent des symptômes bien visibles comme une toux, une fièvre ou des diarrhées. De plus, la notion de maladies chroniques n'existe pas. Une fois les symptômes disparus, le patient pense qu'il est guéri et il ne voit pas l'intérêt de poursuivre un traitement contraignant et/ou coûteux. Alors le temps consacré à l'éducation a concerné en priorité le curatif basé sur des symptômes existants. La prévention comme définie en France était une notion trop abstraite. En Mauritanie, elle a pris surtout la forme d'éducation à l'hygiène dans le quotidien, au traitement de l'eau et à l'orientation des malades vers les dispensaires pour une prise en charge la plus précoce possible. Faire comprendre que les marabouts de village ne peuvent pas soigner des pathologies aussi graves que le VIH/Sida n'a pas été une tâche aisée.

3.3.1.4 L'adoption d'un modèle holistique

En immersion dans un pays aux us et coutumes aussi différentes que les nôtres nous a obligé à considérer nos patients comme un tout. Impossible pour nous de dissocier la maladie et ses symptômes de l'aspect culturel et existentiel du patient. Cela a été probablement l'aspect le plus ardu et le plus long de notre apprentissage, le temps d'appréhender les différences culturelles, religieuses, ethniques et psychologiques.

Nous nous sommes vite rendue compte que nous ne pouvions pas prendre en charge un patient mauritanien comme nous avons toujours pris en charge un patient français. Les questions qui se posaient à chaque consultation n'étaient pas les mêmes qu'en France, comme par exemple la présence de l'électricité, de l'eau courante ou d'un réfrigérateur dans l'habitation. Les conditions et le niveau de vie étaient importants pour adapter nos soins afin qu'ils soient le moins onéreux pour les patients les plus démunis. Malheureusement, un patient pauvre n'a pas accès aux mêmes soins que celui avec des moyens financiers. Notre rôle a été d'essayer de réduire au maximum ces inégalités.

L'éducation des patients et l'importance de la religion dans la vie quotidienne ont été des points qui ont modifié aussi notre approche médicale. Les croyances et l'apparente fatalité avec laquelle la population aborde la maladie et la mort ont été parfois difficilement acceptable pour nous tant il demeure dans notre esprit et notre formation que la Médecine peut tout faire, tout soigner et qu'il y a toujours quelques choses à faire ou à tenter pour remédier aux problèmes. En Mauritanie, les patients ne se posent pas de questions et s'en remettent à Dieu, phénomène accentué par leur faible éducation. Il nous a fallu comprendre, accepter et intégrer ces croyances, cette précarité et cette psychologie de la fatalité pour poursuivre nos soins. Avant cette mise en situation, nous ne nous étions jamais rendu compte à quel point tous ces éléments sont primordiaux, à quel point ils conditionnent une bonne prise en charge des malades et facilitent la compréhension et l'adhésion du patient aux soins dispensés.

3.3.2 Compétences mises de côté

A l'inverse, ce stage n'a pas permis de développer de façon satisfaisante les compétences suivantes nécessaires à un futur omnipraticien.

3.3.2.1 La gestion des soins de santé primaire

En tant que service spécialisé, nous étions rarement le premier contact des patients avec le système de soins. Ils nous étaient adressés par les hôpitaux périphériques, les dispensaires, quelques médecins généralistes de ville ou encore lors des campagnes de dépistage. Nous n'étions plus dans le parcours de soins primaires avec la prise en charge de toutes les personnes et de toutes les plaintes sans distinction. Nos patients étaient déjà sélectionnés avec une pathologie bien précise. Par contre, une fois traités au CTA, nous devenions le médecin de premier recours des PVVIH proche du CTA. Nous reprenions alors un peu de notre rôle de médecin généraliste en gérant les problèmes non sélectionnés de nos patients. Par faute de moyens financiers, la plupart des avis spécialisés demandés n'étaient pas réalisés ou alors nous n'avions pas de retour à notre courrier. Mais la démarche se rapprochait de celle que nous aurions pu avoir en cabinet de ville.

Toutefois, le parcours de soins en Mauritanie ne repose pas sur le médecin généraliste. Le patient est libre de consulter le professionnel de santé de son choix. Il sollicite l'avis du spécialiste selon les symptômes ressentis. La coordination et la continuité des soins sont déjà plus aléatoires.

3.3.2.2 L'orientation communautaire

Le but de la formation d'un étudiant en Médecine est que celui-ci puisse exercer en toutes compétences dans le système de soins français. Effectuer un stage dans un pays étranger implique forcément de changer de système de soins et de référence communautaire. Chaque pays a un mode de fonctionnement différent avec ses propres priorités de santé publique et ses propres campagnes de prévention et de dépistage. Si l'interne apprend à moduler son exercice en prenant en compte son environnement, le fonctionnement du système de soins et les moyens disponibles du pays dans lequel il évolue, il ne peut l'intégrer dans le système français. En ce sens, on ne peut pas considérer que l'interne acquiert une réelle compétence dans l'orientation communautaire de ses futurs patients français.

3.3.2.3 Se préparer à son exercice professionnel

L'organisation du travail, les ressources, les besoins de santé ou encore le rythme de vie en Mauritanie diffèrent de ce que l'on peut voir en France. Ce qui est applicable dans un pays ne l'est pas forcément à l'autre. De plus, le médecin doit adapter sa pratique à la population qu'il prend en charge. Or, les attentes et les plaintes de la population mauritanienne et celles de la population française ne sont pas superposables. Les deux modes d'exercice ne sont pas comparables. Si l'interne peut en retirer quelques astuces, ce stage ne le prépare pas directement à exercer en France.

Cependant, l'interne peut apprendre l'importance de maintenir ses savoirs et ses compétences par la formation continue. Exercer six mois dans un pays aux moyens limités dévoile la rapidité avec laquelle évoluent les techniques et les prises en charge des pathologies. Ce stage nous a personnellement beaucoup sensibilisée à cette notion d'évaluation des pratiques professionnelles et d'auto-évaluation. Tout ce que nous savons à un moment donné n'est valable qu'à ce moment là. Tout peut changer d'un jour à l'autre.

3.4 Retentissement humain et personnel

Le fort impact humain et la transformation personnelle qui résultent d'une telle expérience sont des éléments à ne pas négliger lorsqu'on décide de partir plusieurs mois dans un pays étranger.

Volontairement, nous ne parlerons pas de stage "humanitaire". Notre présence en Mauritanie n'avait pas pour but de développer un programme ou de participer à une mission humanitaire à proprement parler. Même si notre stage a été réalisé sous couvert d'une organisation dite à but humanitaire, notre présence entrait dans le cadre de notre formation. Nous avons soigné nos malades et exercé notre métier au mieux de nos connaissances et de nos capacités. Nous étions là pour apprendre, comme n'importe quel étudiant. De plus, la définition de l'adjectif "humanitaire" selon le Larousse désigne quelque chose "*qui s'intéresse au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'homme*". N'est-ce pas finalement le but de notre profession, travailler au bien de nos patients?

Selon J.M. Faroudja (3) "*s'il est un métier où l'humanisme est omniprésent, c'est bien celui de médecin.*" Nous parlerons d'une expérience "humaine" extrêmement enrichissante. Effectuer un stage dans un pays où les moyens mis à disposition pour travailler sont aussi précaires que les conditions de vie de la population oblige incontestablement à revenir à l'essentiel du métier, à savoir l'humain. Sans soutien de l'imagerie ou de la technique pour poser son diagnostic, sans soutien pharmacologique pour dispenser ses soins, il ne reste au praticien que ses qualités humaines pour soigner son malade. Sans vouloir un retour en arrière d'un siècle, il nous faut prendre garde à ce que le côté technique de la médecine d'aujourd'hui ne prenne le dessus sur notre côté humaniste sinon "*nous ne serons plus que des « techniciens de la médecine »*" pour P. Bouet (3).

Cet impact humain est aussi bénéfique pour notre formation professionnelle.

Quant à la transformation personnelle, nous poserons seulement les questions suivantes: qui n'est pas revenu bouleversé d'un voyage au contact des populations dans un pays dit du tiers monde? Qui n'a pas vu sa vision du monde changée même pendant un court séjour touristique de quinze jours ou un mois? Alors que dire d'un séjour prolongé de six mois...

3.5 Comparaison de notre expérience avec les données de la littérature

Nous avons comparé les bénéfices que nous avons retirés de notre expérience en Mauritanie à ceux décrits dans la littérature. Le caractère formateur est-il le même pour tous les stages à l'étranger?

Il nous faut apporter une précision: la rédaction de notre expérience en Mauritanie s'appuie sur l'ensemble de nos rapports de stage écrits au cours de notre séjour entre juin et novembre 2010. Notre travail de recherches dans la littérature ayant été fait en 2011, l'influence de la lecture de ces articles peut être considérée comme minime sur le récit de notre expérience.

Sur les cinq bienfaits d'un stage à l'international dans la formation que nous avons exposés dans la première partie, trois ont trouvé un réel écho dans notre expérience.

1°/ Le premier bienfait est le renforcement et le développement des connaissances médicales dans les domaines des maladies infectieuses et tropicales, de la nutrition, en particuliers la malnutrition, et la découverte d'un système de soins bien différent de celui adopté en France.

2°/ Le deuxième bienfait est le développement de compétences culturelles, religieuses, humaines, communicatives et de santé publique. Par conséquence, il en résulte une plus grande ouverture d'esprit.

3°/ Le troisième bienfait est la multiplication des situations inédites et des expériences nécessitant le développement d'aptitude à résoudre des problèmes variés et pas toujours médicaux. Ces stages sont les lieux privilégiés pour apprendre à créer des solutions nouvelles et innovantes en terme médical et multiculturel.

Comme les participants à ces études, nous pouvons déclaré avoir retiré de grands bénéfices personnels et professionnels au cours de ce stage.

En revanche, nous n'avons pas retrouvé deux des bienfaits dégagés des études comme applicables à notre expérience.

1°/ Le premier concerne les compétences diagnostiques cliniques. Il est vrai que nous avons appris à moins utiliser les examens complémentaires et à approfondir notre interrogatoire et notre examen clinique. Mais la complexité de la pathologie VIH nous laissait la plupart du temps dans l'incertitude et ne nous permettait pas de poser un diagnostic final certain. Si nous avons appris à gérer l'incertitude, nous n'avons pas gagné en confiance sur la clinique et nous apprécions toujours autant de pouvoir nous appuyer sur la paraclinique.

2°/ Le second est l'influence du stage sur notre choix de carrière puisque nous étions déjà orientée vers les soins primaires. Néanmoins il a eu l'avantage de conforter notre choix, d'accroître notre passion pour la Médecine Générale et de nous aider à mieux appréhender les populations minoritaires et les plus démunies.

Toutefois, nous pouvons regretter que toutes les études que nous avons pu lire ne se soient attachées qu'à faire ressentir les bénéfices des stages au niveau international, même si ce défaut peut être imputable à un biais de sélection. Les difficultés ou les contraintes rencontrées par les étudiants ne sont ni décrites ni citées. Pourtant, il nous semble important de les exposer. Loin de vouloir décourager les futurs candidats ou de donner des arguments aux détracteurs de ces stages, il est essentiel d'en relater les difficultés et les points négatifs afin de trouver d'éventuelles solutions aux problèmes et d'éviter les spéculations bien plus néfastes que les critiques. Chacun sait qu'aucun stage n'est parfait ou idéal, alors pourquoi chercher à en dissimuler certains aspects. C'est desservir la réalité et favoriser les conclusions erronées. En France, l'image véhiculée par les stages à l'étranger est souvent celle d'un séjour touristique durant lequel l'étudiant n'apprend rien ou pas grand chose. Mais l'intérêt de ces études est d'en souligner les points positifs afin de démontrer le caractère formateur de ces stages.

Notre expérience va dans le sens de ces études et elle est réciproquement confortée par celles-ci. Les bénéfices que nous avons pu retirer de ce stage sont tout à fait applicables à d'autres étudiants. Nous ne sommes pas un cas isolé et il nous tient à coeur que d'autres puissent en profiter.

3.6 Conditions de réussite

Nous avons vu précédemment qu'un stage à l'étranger ne ressemble pas tout à fait à un autre stage. Il nécessite à notre sens certaines conditions pour réussir. A partir de notre expérience, cinq éléments nous apparaissent indispensables à la réalisation de ces stages.

1°/ Le soutien de l'université et des organismes de formation.

Dès le début de son projet de stage à l'étranger, l'étudiant a besoin du soutien de son université et des organismes de santé. Sans les accords préalables du directeur du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'origine, du coordinateur du DMG ou des autorités de santé, il devient impossible pour l'interne de réaliser son projet dans le cadre de son cursus universitaire. De plus, en tant que stage validant, il est rémunéré au même titre que les autres stages hospitaliers. C'est un aspect fondamental. Dans notre cas, sans cette rémunération, nous n'aurions jamais pu effectuer ce stage faute de moyen financier, la CRF nous prenant en charge matériellement mais pas financièrement.

2°/ Une bonne préparation avant le départ.

Tout voyage à l'étranger nécessite une préparation. Pour réussir un stage à l'étranger, elle doit être de deux ordres: une personnelle et une organisationnelle.

Sur un plan personnel, en plus de réviser ses cours de maladies infectieuses et de parasitologie comme lors de ses autres stages de spécialité, l'interne sur le départ doit encore réaliser des démarches administratives: passeport, visa, vaccinations. Il est tout aussi nécessaire qu'il se renseigne et se familiarise avec les coutumes, l'histoire, la religion du pays dans lequel il se rend afin de faciliter son adaptation et son intégration auprès de la population qu'il soigne. Les guides touristiques sont souvent complets et fortement conseillés.

Sur un plan organisationnel, l'étudiant est pris en charge par une organisation extra-universitaire. Il existe dans un certain nombre de ces structures des préparations dites de "départ". En plus de décrire ses actions et d'exposer ses règlements intérieurs, elles vont aussi aider l'interne à se préparer psychologiquement aux difficultés qu'il pourra rencontrer lors du stage et l'aider à s'accoutumer à son nouvel environnement et son nouveau lieu d'exercice. Elles sont à notre sens encore plus essentielles que la préparation personnelle. Les structures qui reçoivent les internes connaissent bien les pays où elles sont implantées et les problèmes sur place. Elles sont les plus à même à préparer et à former ceux-ci à leur futur mode de vie et d'exercice. Ces préparations au départ conditionnent la bonne poursuite du stage. Plus l'interne dispose d'éléments sur son stage, plus il s'adaptera facilement.

3°/ Une grande motivation de l'interne.

Elle est indispensable pour ce type de stage.

Dans un premier temps, nous avons vu que l'étudiant désireux de partir à l'étranger doit réaliser de nombreuses démarches administratives gourmandes en temps, en déplacements et en argent. Que ce soit auprès de l'organisme avec lequel ce dernier souhaite partir ou que ce soit auprès des offices de formation, à chaque étape il lui faut démontrer et prouver sa motivation. Il doit écrire des lettres de motivation, des curriculum vitae; il doit aussi se déplacer fréquemment pour passer des entretiens ou obtenir les accords de chaque protagoniste, ce qui n'est pas chose aisée. De plus, toutes ces démarches restent au frais de l'interne.

Dans un second temps, nous avons vu que la préparation avant le départ demande aussi un grand investissement individuel et collectif.

Enfin, les difficultés professionnelles, culturelles ou personnelles ressenties par l'interne sont plus nombreuses et fréquentes que lors d'un stage classique en France. Ces stages sont plus exigeants pour l'interne qui doit faire preuve de ténacité et de persévérance.

Faire le choix d'un stage à l'étranger nécessite une implication et une motivation personnelles bien plus importantes que celles présentes lors du choix d'un stage dans une liste préétablie mise à disposition de l'étudiant.

4°/ Une activité professionnelle bien définie.

La participation de l'étudiant à une activité claire, précise et bien déterminée au sein de la structure d'accueil simplifiera son apprentissage. Il pourra entrer en contact de manière efficace avec la population locale et ne pas perdre pied face aux embûches et à l'envergure de la tâche médicale.

Il le pourra aussi grâce à un bon encadrement et un bon suivi pédagogique dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil. En cas de grandes difficultés, il pourra alors s'appuyer sur les conseils d'un médecin présent sur place qui connaît bien les problématiques du pays mais aussi sur les conseils d'un médecin en France qui lui connaît mieux la formation et le type d'exercice auquel est habitué l'étudiant. En combinant les deux, l'étudiant aura plus facile de s'adapter et de modifier son travail pour poursuivre son stage sereinement.

5°/ Un environnement de vie rassurant.

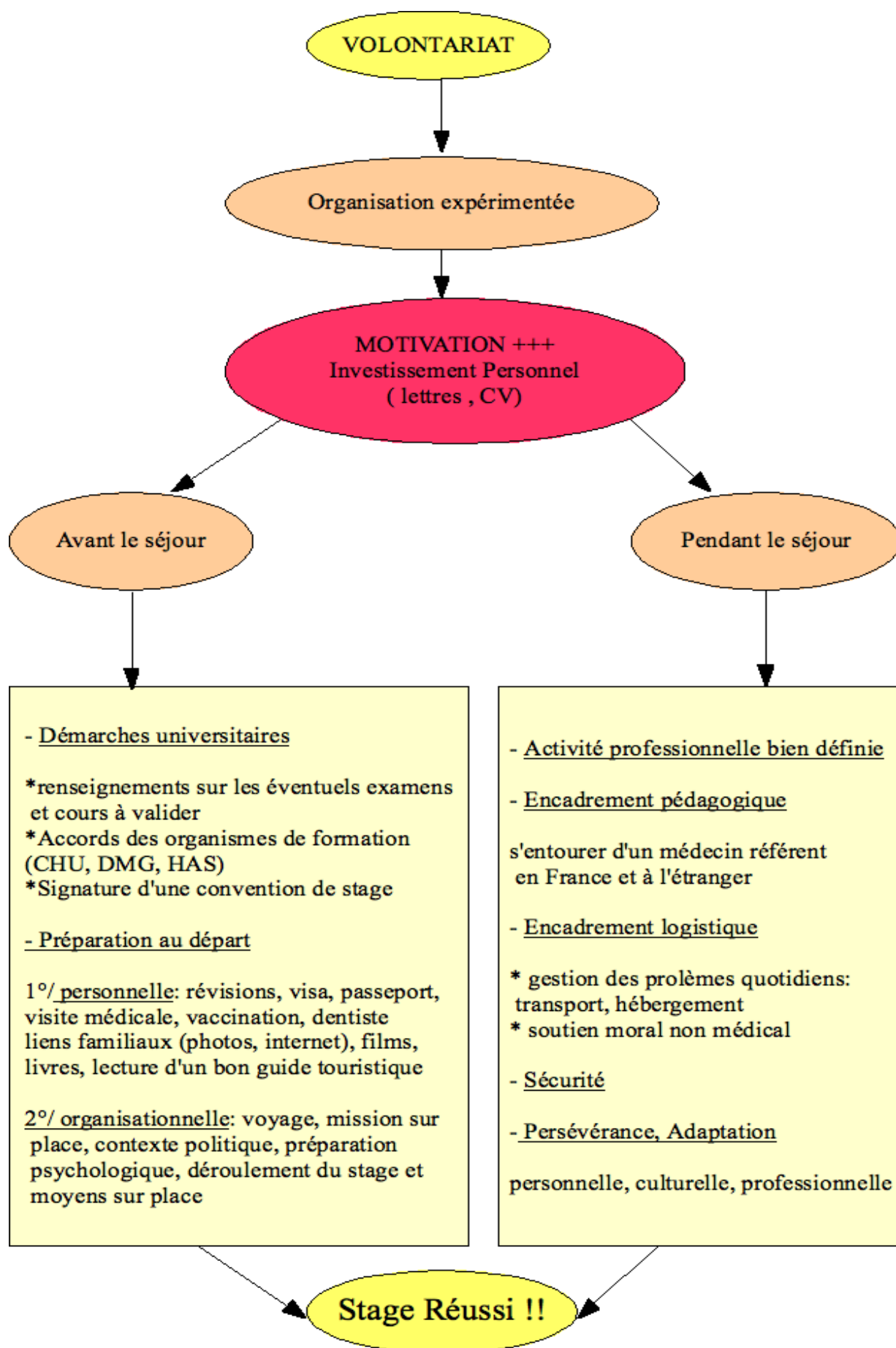
En dehors de son travail, l'étudiant doit évoluer dans un environnement sain et sécurisé. La logistique sur place (hébergement, transport) doit être garantie pour lui donner un minimum de moyen et de confort matériels.

La sécurité est un autre aspect de la vie quotidienne qui ne doit pas être négligée. Relayé par les médias, on peut constater que la sécurité du personnel est devenu un aspect essentiel et préoccupant de beaucoup d'ONG. La notion de sécurité doit faire partie d'une attention toute particulière lorsque l'étudiant décide de s'expatrier pour effectuer son

stage.

Partir avec une organisation déjà présente dans le pays d'accueil permet d'assurer ces conditions de vie et de ne pas laisser l'étudiant seul face à ces problèmes. De plus, cet encadrement logistique peut lui apporter un soutien supplémentaire non médical mais tout aussi indispensable en dehors de son travail.

On comprendra qu'un stage à l'étranger ne peut se réaliser que sur la base du volontariat avec une présélection à l'aide de lettres de motivation et de curriculum vitae des étudiants les plus motivés. L'engagement de l'étudiant dans le projet est indispensable. Il ne peut pas lui être seulement proposé, imposé ou devenir un choix par défaut sinon ce dernier risquerait de n'en ressentir que les contraintes et plus les bénéfices.



3.7 Réponses à nos remarques sur la formation

Dans la première partie de ce travail, nous avons formulé quelques remarques sur la formation des étudiants en Médecine. Que nous a apporté notre stage en Mauritanie à ce propos?

1°/ Il nous apparaissait que l'apprentissage presque exclusivement hospitalier limitait la diversité des mises en situations de l'étudiant. Il est indéniable que notre stage a multiplié les difficultés diverses et variées (médicales, éthiques, sociales, culturelles, personnelles...). La confrontation permanente à tous ces problèmes impliquait une recherche perpétuelle de solutions et le développement de compétences pas toujours codifiées comme étant essentielles. Citons en particuliers la patience et la débrouillardise nécessaires dans notre pratique quotidienne, cette dernière nous obligeant à sortir du cadre conventionnel et ordonné que nous connaissions en France. Il nous semble que cette expérience répond bien à la question de diversifier la pratique médicale dans le cursus médical.

Cependant, il est évident que ce stage ne prépare pas à l'exercice libéral en France. Médecine hospitalière plus que libérale, la prévalence et les pathologies rencontrées en Mauritanie ne sont pas superposables à celles vues en médecine de ville en France.

2°/ Nous constatons que les premières années d'études étaient dominées par les sciences fondamentales aux dépens des sciences humaines. Même si ce stage ne nous a pas directement enseigné les sciences humaines, nous avons côtoyé une population à l'histoire, à la philosophie, à la culture, à l'économie de santé ou à l'organisation sociale bien différentes de celles françaises. Cela permet une ouverture d'esprit et une connaissance multiculturelle accrue favorisant les échanges entre le médecin et le malade. La promotion des sciences humaines doit être d'autant plus nécessaire que les progrès techniques et scientifiques génèrent des choix parfois difficiles pour le médecin et pour son patient. Un certain conflit peut exister entre les besoins ressentis par le patient et ceux de la communauté surtout en terme de coût des soins. L'économie et la gestion des ressources sont des aspects incontournables dans la pratique médicale actuelle. Le médecin doit en être conscient, effectuer un choix approprié et le communiquer à son patient. L'approfondissement des échanges et une meilleure connaissance de son patient aidera le médecin à mieux l'orienter et le conseiller. Ce stage est le lieu idéal pour développer ou combler le manque d'intérêts dans le domaine des sciences humaines avec un enseignement pratique et concret sur le terrain.

3°/ Nous avons observé que l'étudiant de troisième cycle ne peut pas suivre tous les enseignements dispensés à la faculté. Ce stage est alors un excellent moyen d'aborder en pratique des thèmes comme les soins aux populations immigrées ou les plus démunies, l'éducation à la santé, l'économie de la santé ou de découvrir l'importance de la formation continue des médecins avec l'évolution rapide des techniques médicales. Il est

indiscutable que ce stage ne peut pas traité à lui seul tous les thèmes délaissés par l'étudiant. Dans notre cas, il nous a permis d'être sensibilisée à ces différents sujets qui au départ ne nous intéressaient que très peu ou bien dont nous ne comprenions pas l'intérêt.

4°/ Nous évoquions les difficultés d'accueil et de suivi des étudiants lors de leurs stages pratiques. Le nombre limité de places oblige parfois ceux-ci à choisir un stage dans un service spécialisé plutôt qu'un autre. Outre le fait de mettre en compétition les étudiants les uns par rapport aux autres, cette sélection de stage évince de la formation pratique de l'étudiant un certain nombre de spécialités qu'il ne pourra pas rattraper avant le début de son exercice.

Dans notre situation, ce stage en Mauritanie nous a permis de compléter notre formation pratique en maladies infectieuses et tropicales. En effet, nous n'avons jamais pu effectuer en France un stage dans ce service spécialisé et limité aux CHU. Nous aurions terminé notre cursus universitaire sans mettre en pratique nos connaissances théoriques enseignées dans cette matière.

Un stage à l'étranger peut se révéler un excellent moyen de pallier le manque de stage dans les hôpitaux et les structures de soins françaises, à condition bien sûr de respecter un certain nombre de règles pour assurer sa réussite et en retirer tous les bénéfices formateurs.

Enfin, ce stage n'est ni merveilleux ni parfait. Nous ne prétendons pas qu'il puisse répondre à toutes les questions, à tous les problèmes ou à toutes les compétences attendues dans la formation d'un interne. Aucun stage ne peut satisfaire toutes ces exigences à la fois. C'est tout l'intérêt de multiplier ceux-ci dans des services ou des cabinets divers afin d'en tirer les meilleurs bénéfices et de faire évoluer ses connaissances et son exercice professionnel. Notre stage en Mauritanie a comporté nombre de défauts mais aussi de grandes qualités. Il nous semble important de souligner et de reconnaître ses bienfaits afin que les stages à l'étranger puisse intégrer la formation des internes de Médecine Générale au même titre que les autres stages.

en résumé

Points Forts

Difficultés

Professionnels

- Découvrir le monde humanitaire
- Interrogatoire / Examen clinique
- Communication (verbale ou non)
- savoir-être et compétence humaine
- Compétences professionnelles (approche globale et soins centrés sur la personne, diversité des situations, résolution de problèmes)

- Langue et gestion des interprètes
- Absence de préparation:
 - * à l'exercice en France
 - * à l'orientation des patients dans la communauté française
- absence de gestion des soins de santé primaire
- le manque d'éducation à la santé de la population

Connaissances

- Médicales et scientifiques (nutrition, maladies infectieuses..)
- En sciences humaines et sociales (philosophie, psychologie...)
- Culturelles, ouverture d'esprit (religion, histoire, coutumes..)
- Personnelles, sur soi-même (confiance, maturité)
- Informatique

- Obligations administratives, institutionnelles ou médico-légales
- Manque de gestes techniques

Organisationnels

- Service spécialisé et échanges pluridisciplinaires
- Validation du stage par une évaluation reconnue par la Faculté
- Adaptabilité
- Elargissement des lieux de stages
- Encadrement pédagogique mixte

- Manque de moyens : financier, diagnostiques, matériels
- Climat
- Sécurité

CONCLUSION

La Médecine d'aujourd'hui est en pleine évolution avec une ouverture croissante sur le monde. Le médecin généraliste n'est plus isolé dans son cabinet. Son exercice ne se limite plus aux frontières de la France ou de l'Europe. Les voyages, l'immigration multiplient les situations cliniques et modifient l'épidémiologie des pathologies rencontrées en soins primaires. Un médecin capable de s'adapter à son gré à son environnement devient une nécessité.

Les facultés de Médecine, garantes de la formation de ces médecins, doivent répondre à deux défis: faire évoluer leurs programmes d'enseignement pour préparer les praticiens de demain à ces changements et poursuivre la formation de l'étudiant afin qu'il acquière un certain nombre de compétences médicales.

Les données issues de la littérature ont montré que de nombreuses universités dans le monde entier ont intégré dans leurs programmes de formation, en plus des cours théoriques, des stages pratiques à l'étranger. L'analyse des données recueillies à partir de l'expérience des participants à ces programmes internationaux laisse apparaître que ceux-ci ont eu une influence positive sur leur formation, sur leur exercice professionnel et sur leur vie personnelle.

A travers notre propre expérience, nous avons voulu démontrer le caractère formateur d'un stage de six mois en Mauritanie pour un interne de Médecine Générale.

Présentant des similitudes avec un stage hospitalier français, notre stage à l'étranger s'est révélé avoir un impact positif sur notre savoir, savoir-faire et savoir-être. De plus, nous avons vu qu'il nous a permis de développer un certain nombre de compétences professionnelles comme l'aptitude à résoudre des problèmes, l'approche globale du patient avec des soins centrés sur sa personne et intégrés dans son contexte social, culturel ou psychologique, ainsi que des compétences plus « humaines ».

Le bilan de ce stage de six mois en Mauritanie s'est révélé extrêmement positif et enrichissant tant pour notre développement professionnel que pour notre épanouissement personnel. De plus, les données de la littérature internationale confortent la conclusion de notre expérience, celle-ci nous permettant de recommander son champ d'application à d'autres étudiants. Il nous semble alors permis d'admettre un stage à l'étranger comme un stage validant pour le troisième cycle de Médecine Générale.

Mais il ne faut pas oublier que l'encadrement pédagogique, logistique et sécuritaire, le volontariat et la motivation de l'étudiant restent les éléments essentiels à la réussite d'un tel stage. Ces conditions sous-entendent une coopération, une coordination et une concertation entre les organismes formateurs et les organismes d'accueil.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bail P, Attali C, Chevallier P et al. Certification: un cadre théorique pour étayer les orientations. CNGE, 2006.
2. Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale 2001;2:163-169.
3. <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/cnpmetiermedecin2007.pdf>
4. Segouin C, Jouquan J, Hodges B, et al. Country report: medical education in France. Medical Education 2007;41:295-301.
5. <http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/formations-medecin-147.html>
(mai 2011)
6. <http://www.anemf.org> (mai 2011)
7. <http://www.conseil-national.medecin.fr> (mai 2011)
8. Deschamps, Guillaume. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales. Thèse d'exercice: Médecine:Grenoble: 2009; n°5064.
9. <http://www.legifrance.gouv.fr> (mai 2011)
10. Mazouri-Karker, Sanae. Formation des médecins généralistes et valorisation de la discipline: exemples des facultés de Lausanne et de Nancy. Thèse d'exercice: Médecine: Nancy: 2009; n°60.
11. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. Lancet 2001;357:867-70.
12. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie Médicale 2002;3:38-52.
13. Nguyen D, Blais J. Approche par objectifs ou par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale 2007;8:232-51.
14. Attali C, Bail P, Magnier A et al. Compétences pour le DES de Médecine Générale. Exercer 2006;76:31-2.

15. <http://woncaeurope.org> (mars 2011)
16. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. *Academic Medicine* 2006;81(12suppl):S22-S29.
17. Houpt ER, Pearson RD, Hall TL. Three Domains of competency in global health education: recommendations for all medical students. *Academic Medicine* 2007;82(3):222-225.
18. Jeffrey J, Dumont RA, Kim GY, Kuo T. Effects of international health electives on medical student learning and career choice: results of a systematic literature review. *Family Medicine* 2011;43(1):21-8.
19. Drain PK, Primack A, Hunt DD, Fawzi WW, Holmes KK, Gardner P. Global health in medical education: a call for more training and opportunities. *Academic Medicine* 2007;82(3):226-230.
20. Gupta AR, Wells CK, Horwitz RI, Bia FJ, Barry M. The international health program: the fifteen-year experience with Yale university's internal medicine residency program. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1999;61(6):1019-23.
21. Bazemore AW, Henein M, Goldenhar LM, Szaflarski M, Lindsell CJ, Diller P. The effect of offering international health training opportunities on family medicine residency recruiting. *Family Medicine* 2007;39(4):255-60.
22. Haq C, Rothenberg D, Gjerde C, Bobula J, Wilson C, Bickley L, Cardelle A, Joseph A. New world views: preparing physicians in training for global health work. *Family Medicine* 2000;32(8):566-72.
23. Bateman C, Baker T, Hoornenborg E, Ericsson U. Bringing global issues to medical teaching. *Lancet* 2001;358:1539-42.
24. Editorial. Educating doctors for world health. *Lancet* 2001;358:1471.
25. <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr> (octobre 2011)
26. Drain PK, Holmes KK, Skeff KM, Hall TL, Gardner P. Global health training and international clinical rotations during residency: current status, needs and opportunities. *Academic Medicine* 2009;84(3):320-5
27. Ramsey AH, Haq C, Gjerde CL, Rotherberg D. Career influence of an international health experience during medical school. *Family Medicine* 2004;36(6):412-
28. Godkin M, Savageau J. The effect of medical student's international experiences on attitudes toward serving underserved multicultural populations. *Family Medicine* 2003;35(3):273-8.

29. Pommier J, Sherlaw W, Jabot F. Impacts linguistiques et culturels des formations transnationales en santé publique. *Santé Publique* 2007;19(1suppl):S117-S122.
30. Thompson MJ, Huntington MK, Hunt DD, Pinsky LE, Brodie JJ. Educational effects of international health electives on U.S and Canadian medical students and residents: a literature review. *Academic Medicine* 2003;78(3):342-7
31. <http://www.crf.fr> (mai 2010)
32. Watson Carole, FAH Ould Brahim Ould Jiddou. Etude sur la Protection Sociale en Mauritanie. Unicef Mars 2010.
33. Africa Health Workforce Observatory. Profil en ressources humaines en santé, République Islamique de Mauritanie. Septembre 2009.
34. <http://www.sante.gov.mr> (septembre 2011)

ANNEXES

Préparation au départ pour internes en médecine		Croix Rouge Française	
		SESSION MAI 2010	
		J1 (mardi 4 mai)	J2 (mercredi 5 mai)
			Partir en mission
			J3 (jeudi 6 mai)
			Le stage
9H			Vie en Mission : difficultés et ressources
9H30	Accueil et présentation formation		Les programmes santé de la CRF
9h45			Les programmes VIH/SIDA
10H			
10H30	pause		
10h45		pause	
11H	Le Mouvement Croix-Rouge		pause
11h15			
11H30	Croissant-Rouge : les	Droits et devoirs des délégués CRF sur le terrain	Présentation de la prise en charge dans les CTA
11h45			
12H	fondamentaux		
12H15			
12H30			
13H	REPAS		
13H30		REPAS	REPAS
13h45			
14H	L'action internationale de la		
14h15	CRF	Gestion de projet et qualité dans l'action humanitaire	Activités des IMG dans les CTA
14H30			
15H			
15H30			
15h45	pause	pause	
16H	Organisation d'une mission	Gestion des ressources	pause
16h15	sur le terrain	financières et matérielles	Evaluation de la session de formation et clôture
16H30			
17H	clôture/éval° journée	clôture/éval° journée	départ

Nancy-Université
Université Henri Poincaré, Nancy 1
Faculté de Médecine
Service de la Scolarité 3ème cycle
B.P. 184
54505 VANDŒUVRE LES NANCY CEDEX

A retourner pour le : 03/11/10

FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE
EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

Semestre n° 6 du 03/05/10 au 31/10/10

ÉTUDIANT / NOM : GAUCHER

Prénom : MARIE-LAURE

NOM d'épouse :

Subdivision d'origine : NANCY

DES choisi : MÉDECINE GÉNÉRALE

Autre :

ÉTABLISSEMENT / CABINET MÉDICAL / USER : SASPAS
NOUAKHOTT - MAURITANIE

DÉNOMINATION DU SERVICE / CABINET / USER : CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE

CHEF DE SERVICE / MAÎTRE(S) DE STAGE / RESPONSABLE USER : Dr CROIX ROUGE FRANÇAISE

AGRÈMENT du DES pris en compte sur la décision d'affectation de l'interne : MÉDECINE GÉNÉRALE

AGRÈMENT(S) du Service pour les formations DESC :

Congé annuel : jours

Autres absences : jours

GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES

		A	B	C	D	E
1	Connaissances théoriques		X			
2	Aptitudes diagnostiques		X			
3	Aptitudes thérapeutiques	X				
4	Aptitudes à l'urgence	X				
5	Aptitudes à la synthèse du dossier	X				
6	Aptitudes à la décision	X				
7	Présentation orale de dossiers	X				
8	Relations avec les patients		X			
9	Hygiène / propreté	X				
10	Ponctualité, assiduité	X				
11	Intégration dans l'équipe de soins ou le cabinet médical	X				
12	Acquisitions au cours du stage	X				

Échelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais (tout "E" doit être motivé en observation)

Document établi en deux exemplaires, dont l'un doit être retourné par le chef de service au service de la scolarité 3ème cycle de la FACULTÉ DE MÉDECINE de NANCY à l'adresse indiquée ci-dessus. Le second exemplaire est destiné à l'interne.
Le Service de la Scolarité se charge de recueillir le visa du Coordonnateur Interregional.



OBSERVATIONS ÉVENTUELLES DU OU DES MAÎTRES DE STAGE

Aspects positifs :

- DISPONIBILITÉ POUR APPRENDRE ET RENDRE SERVICE
- SIMPLICITÉ ET SPONTANÉITÉ DANS LES CONTACTS AVEC LES PATIENTS ET L'ÉQUIPE DE SOINS
- BONNE GESTION DES PATIENTS ADMIS DANS LA SALLE D'HOSPITALISATION DE JOUR

Difficultés rencontrées :

- PROBLÈME DE LA LANGUE
- PROBLÈME D'INTÉGRATION À L'ÉQUIPE DE L'HÔPITAL, OÙ IL Y A PLUS BESOIN D'ASSISTANCE, CE QUI NOUS A CONTRAINT À LA LAISSER S'OCCUPER DE L'HOSPITALISATION DE JOUR AU CTA, OÙ ELLE SE SENTAIT PLUS UTILE ET À L'AISE.

AVIS du Chef de service sur la validation du stage : CE STAGE A PERMIS :

- A L'INTÉRÊSSE DE PARTICIPER À LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA DANS UN PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT ET DE DÉCOUVRIR DES PATHOLOGIES DEVENUES RARES EN FRANCE
- À L'ÉQUIPE DE SOIN D'ÊTRE INFORMÉ SUR LE SYSTÈME DE SOIN EN FRANCE

Date : 31.10.2010 LE STAGE EST VALIDE

Signature(s) et cachet(s)



Marie-Louise a su faire preuve d'une grande adaptabilité et de flexibilité pour trouver sa place au CTA auprès des patients. Son implication et son professionnalisme ont été très appréciés de l'équipe médicale et d'encadrement du CTA.

Emmanuel HATCHON
Chef de Délégation CTA
Mauritanie

Dr Abderrahmane Ould Mohamedoune
Médecin Chef
CTA/CHN
Centre de Traitement Ambulatoire
de Nouakchott

Signature de l'étudiant :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL :	DÉCISION DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE :
STAGE VALIDÉ : OUI - NON	STAGE VALIDÉ : OUI - NON
Signature et cachet	Signature et cachet
Professeur Alain AUBRÈGE	Professeur Henry COUDANE

VU

NANCY, le **06 décembre 2012**

Le Président de Thèse

Professeur A. GERARD

NANCY, le **7 décembre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3861

NANCY, le 12/12/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Les voyages, l'immigration multiplient les situations cliniques et modifient l'épidémiologie des pathologies rencontrées en soins primaires. La formation universitaire doit sensibiliser les futurs praticiens à cette dimension internationale de la santé tout en leur permettant d'acquérir un certain nombre de compétences.

Les données de la littérature ont montré que de nombreuses universités ont intégré dans leurs programmes de formation des stages pratiques à l'étranger et que ceux-ci ont eu une influence positive sur leur formation, sur leur exercice professionnel et sur leur vie personnelle. A travers notre propre expérience, nous avons voulu démontrer le caractère formateur d'un stage de six mois en Mauritanie pour un interne de Médecine Générale.

Notre stage s'est révélé avoir un impact positif sur notre formation en terme de savoir, de savoir-faire, de savoir-être, sur le développement de compétences professionnelles comme l'aptitude à la résolution de problèmes, l'approche globale du patient, les soins centrés sur la personne et intégrés dans son contexte social, culturel ou psychologique, et sur le développement de compétences plus « humaines ».

Conforté par les données de la littérature internationale, le bilan extrêmement enrichissant de ce stage de six mois en Mauritanie nous permet de recommander son champ d'application à d'autres étudiants et d'admettre un stage à l'étranger comme un stage validant pour le troisième cycle de Médecine Générale.

TITRE EN ANGLAIS :

Training course of general medicine in Mauritania : Interests in the initial medical training.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS :

enseignement, compétences, formation médicale initiale, médecine générale, référentiel métier, santé internationale.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54 505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
