



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-theses-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>

UNIVERSITE HENRI POINCARE
NANCY I
2008

FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY
N° 99

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Cédric BERBÉ

Le 9 octobre 2008

MEDECINE GENERALE EN CABINET LIBERAL

ET ACTIONS HUMANITAIRES

Etude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant
en cabinet libéral.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Alain GERARD
M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
M. le Professeur François MARCHAL
M. le Professeur François FEILLET
M. le Professeur Alain AUBREGE
Mme le Docteur Marie-France GERARD

Président
Juge
Juge
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITE HENRI POINCARE
NANCY I
2008

FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY
N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Cédric BERBÉ

Le 9 octobre 2008

MEDECINE GENERALE EN CABINET LIBERAL

ET ACTIONS HUMANITAIRES

Etude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant
en cabinet libéral.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Alain GERARD	Président
M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN	Juge
M. le Professeur François MARCHAL	Juge
M. le Professeur François FEILLET	Juge
M. le Professeur Alain AUBREGE	Juge
Mme le Docteur Marie-France GERARD	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 Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET – Guy RAUBER – Paul SADOUL
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN
Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ – Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH
Michel PIERSON – Jacques ROBERT – Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER
Oliéro GUERCI – Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET
Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER
René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE
Adrien DUPREZ – Paul VERT – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT
Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD – Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN
Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET
Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD
Professeur Guy PETIET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – 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 Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
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 Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

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 Guy PETIET – 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 ALBUISSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – 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)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

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-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

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

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

Professeur Denis WAHL

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

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

Professeur Patrick BOISSEL – 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 Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

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 Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

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 Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

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 – Docteur Amar NAOUN

**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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

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

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

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 Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS – Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

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

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET
Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel STRICKER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (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)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

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
(VIËTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur Alain GERARD

Professeur de Réanimation Médicale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Vous qui nous avez manifesté votre confiance,

C'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

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 gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François MARCHAL

Professeur de Physiologie

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions sincèrement de la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués lors de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François FEILLET

Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous avons pu apprécier au cours de notre formation la qualité de votre encadrement.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE

Professeur associé de Médecine Générale

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

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

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Marie-France GERARD

Médecin Généraliste, enseignant associé et maître de stage

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Votre disponibilité et votre soutien nous ont été précieux. Vous avez été pour nous un des modèles qui ont fait grandir l'amour pour notre future profession.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Un immense remerciement et une infinie reconnaissance aux Docteurs NICOLAS, FAU, PLANE, BERNARD, JEANDEL, CAVARE, GERIN, MATHIAS, FLORENTIN-BALLEE, COLLIN, BITTNER, BALTENNECK, DINH DOAN, GUERBER, LEYVAL, PEUREUX, GWINNER, SEURET et MIRZAQ (par ordre « d'apparition »). Ce sont les 19 médecins qui ont accepté de me recevoir, souvent une heure, parfois plus, avant, après ou pendant leurs consultations, parfois chez eux, pendant leur temps libre. Je garde de leur rencontre un moment d'une grande richesse, une sympathie au-delà de la confraternité. Cette thèse est leur thèse.

Remerciements profonds et sincères aux Docteurs FENOT Jean-Luc, HUOT-MARCHAND Francis et WOLFF Pierre qui ont accepté de me rencontrer en tant que personnes ressources pour l'élaboration du questionnaire.

Remerciements au Docteur Nicolas JAY, du laboratoire de Biostatistiques, sans l'aide de qui ni l'élaboration des questionnaires, ni leur exploitation n'auraient été possibles.

Remerciements aux 281 médecins généralistes qui ont pris le temps de me répondre au téléphone, au cours de leur activité souvent chargée de consultations.

Remerciements au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle qui a accepté de mettre à ma disposition les coordonnées des médecins généralistes libéraux du département.

Remerciements à l'ISNAR-IMG, au RAOUL-IMG, à mes extraordinaires maîtres de stage Jean-Marie, Patrick, Marie-France, Simone, Jean-Jacques, Thierry (par ordre d'apparition), à tous ces gens passionnés qui ont fait de mon futur métier une vocation, et de son exercice toujours un grand moment de bonheur.

A mes parents et grands-parents, à mes deux sœurs, qui m'ont aimé tout simplement, dans la liberté.

Aux amies, aux amis et aux compagnes de ma vie, qui m'ont supporté, soutenu et surtout rappelé les Essentiels.

SERMENT

« Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

<u>AVANT-PROPOS</u> : Historique	<i>page 19</i>
<u>INTRODUCTION</u>	<i>page 22</i>
<u>A.Naissance du projet</u>	<i>page 22</i>
<u>B.Médecine humanitaire</u>	<i>page 23</i>
<u>I. OBJECTIFS</u>	<i>page 25</i>
<u>II. MATERIEL ET METHODE</u>	<i>page 26</i>
<u>III. RESULTATS</u>	<i>page 27</i>
A. <u>PREMIERE PARTIE</u> : résultats du recensement	<i>page 27</i>
B. <u>DEUXIEME PARTIE</u> : résultats des entretiens	<i>page 29</i>
1. <u>PROFIL DU MEDECIN GENERALISTE</u>	<i>page 29</i>
2. <u>EXPERIENCES HUMANITAIRES</u>	<i>page 33</i>
3. <u>GESTIONS DES VIES PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE AVEC L'HUMANITAIRE</u>	<i>page 37</i>
4. <u>INFLUENCE DE L'HUMANITAIRE DANS LA PRATIQUE DE LA</u>	<i>page 39</i>

MEDECINE GENERALE

5. ENRICHISSEMENT PERSONNEL –
SYNTHESE *page 42*

6. DESCRIPTION DES ACTIONS *page 44*

IV. SYNTHESE, COMMENTAIRES ET DISCUSSION *page 45*

A. SYNTHESE : PREMIERE PARTIE, *page 45*

« Dans la peau d'un généraliste »

B. SYNTHESE : DEUXIEME PARTIE, *page 48*

apport dans la pratique quotidienne

C. SYNTHESE : TROISIEME PARTIE, *page 49*

pourquoi fait-on de l'humanitaire
quand on est généraliste

D. DISCUSSION *page 49*

BIBLIOGRAPHIE *page 52*

ANNEXES *page 53*

LISTE DES ASSOCIATIONS ET PAYS
D'INTERVENTION *page 54*

DONNEES BRUTES CONCERNANT LE
DEROULEMENT DE 71 ACTIONS *page 56*

QUESTIONNAIRE TYPE *page 58*

AVANT-PROPOS : Historique

L'Histoire de l'humanitaire est aussi ancienne que l'homme et remonte pour certains jusqu'à l'arche de Noé (1).

Depuis les comportements de solidarité et d'échange des peuples primitifs jusqu'à la charité chrétienne en passant par l'évergétisme romain, tous les malheurs, ordinaires ou providentiels, ont appelé le don, et d'aucuns ne veulent voir dans l'humanitaire qu'un des visages éternels du partage et de la compassion (1).

Nous exposerons ici, de façon subjectif et loin de toute exhaustivité quelques étapes qui conduisirent à la conception moderne de l'humanitaire et de la médecine humanitaire.

Au Moyen Age, la Trêve de Dieu était une suspension de l'activité guerrière durant certaines périodes de l'année organisée en Europe par l'Église catholique (historiquement, elle a le plus longtemps pris la forme d'une trêve durant du mercredi soir au lundi matin, ainsi que tout l'Avent, le temps de Noël, le Carême et le Temps Pascal). La Trêve de Dieu fait suite au mouvement de la Paix de Dieu débuté en 989 et a survécu sous des formes variées jusqu'au XIII^e siècle (2).

Au milieu du XI^e siècle, naît l'Ordre de Malte. Il a ses origines au monastère Sainte-Marie-des-Latins fondé à Jérusalem. Le supérieur, Gérard Tenque, crée vers 1080 à côté de son monastère un « hôpital » (ou hospice). Son rôle est d'accueillir et de soigner les chrétiens venus accomplir un pèlerinage en Terre Sainte. Jérusalem est, à cette époque, sous domination musulmane. Consacré comme ordre religieux par une bulle du pape Pascal II en 1113, l'ordre de Malte, d'abord appelé hospitalier, était voué aux soins donnés aux malades (3).

Au XVII^e siècle, Saint-Vincent-de-Paul sera un grand précurseur de l'humanitaire. Il crée l'ordre des Filles de Charité, l'œuvre des Enfants Trouvés, et l'ordre des Lazaristes (1). Mais le secours aux victimes se double d'un contrôle politique et social de la pauvreté. Suite à quoi les vagabonds, les fous et les mendiants sont pris en charge (= enfermés) dans des établissements comme la Salpêtrière à Paris (4).

La charité de Saint-Vincent-de-Paul semble la dernière étape avant la naissance conceptuelle de l'humanitaire moderne (1).

Au XVIII^e siècle apparaît, avec **l'esprit des Lumières**, le refus philosophique de l'idée d'un ordre naturel dont l'homme devrait subir les fléaux.

A partir de 1830 environ, avoir de « l'humanité » se dira « être humanitaire ».

Les premières opérations de secours, qui apparaissent rétrospectivement comme des balbutiements de l'aide humanitaire, se déroulent aux Etats-Unis – avec notamment l'aide aux habitants de Caracas lors du tremblement de terre de **1812** (1).

Dominique Larrey (1766-1842), chirurgien en chef de la Grande Armée, suivit Napoléon Bonaparte dans toutes ses campagnes militaires. Il fut un précurseur en matière de secours aux blessés sur les champs de bataille, pratiquant les soins sur le terrain le plus tôt possible, grâce à des **ambulances chirurgicales mobiles** (5).

A partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, la colonisation européenne se teinte de plus en plus de couleurs laïques et reçoit une interprétation plus humaniste que religieuse. A leur première et permanente mission de pacification, les militaires ajoutent peu à peu une œuvre médicale et sociale qui prendra de plus en plus d'ampleur. Le Corps de Santé des Colonies et des Pays de protectorat se distingue sur le terrain tant par des actions de dépistages et de soins que par une participation active à la recherche (1).

La notion d'espace humanitaire neutre, permanent, délivré autant que possible des jeux d'intérêts, n'apparaît dans les relations internationales qu'à la fin du XIX^e siècle.

Henri Dunant, suisse philanthrope, écrira en **1862**, devant l'horreur des champs de bataille de Solferino un livre –Un Souvenir de Solferino (6) – qui fera le tour des Cours d'Europe et duquel naîtra la **Croix Rouge**.

Le premier des principes du mouvement Croix Rouge est la neutralité de la victime. A partir de la fondation de la Croix Rouge, les conflits, même lointains, font l'objet de déploiements de plus en plus importants de moyens de secours. La Croix Rouge est une organisation indépendante, respectée par chacun, préservée de toute tentation partisane ou militaire, qui vient au secours de victimes (1).

A partir de sa création, la Croix Rouge Internationale se mobilise pour faire signer par les Etats une convention pour la protection des blessés de guerre : cet objectif est atteint avec la **convention de Genève en 1864** (7).

En 1945, les Etats-Unis et l'URSS créent l'**ONU** (Organisation des Nations Unies), afin de veiller à la paix mondiale. Elle comprend d'innombrables agences, parmi lesquelles l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le Haut Commissariat pour les Réfugiés, le Fond des Nation-Unies pour l'Enfance (UNICEF).

En 1947, le plan Marshall permet aux pays européens qui le souhaitent de bénéficier d'une aide financière à la reconstruction.

En 1961, le président américain John F. Kennedy crée le **Corps de la Paix (Peace Corps)**, encourageant les étudiants américains à passer deux ans dans les pays du Tiers Monde.

En 1968, les Ibos, population d'une région pétrolifère du Nigéria, appelée **Biafra**, engagent une guerre de sécession. La répression est féroce, avec blocus de la région et famine extrême. La Croix-Rouge française y délègue une équipe médicale, avec notamment les Docteurs Bernard Kouchner et Xavier Emmanuelli. Constatant le détournement de l'aide alimentaire au seul profit de la population nigériane et empêchée d'agir par le gouvernement nigérian, la Croix Rouge se retire.

L'ONU n'est pas concernée, car le conflit est interne à un état.

A leur retour en France, ces médecins décident d'enfreindre leurs engagements de non-ingérence et témoignent du génocide. Ils sont ainsi à l'origine d'un nouveau modèle d'aide humanitaire qui se concrétise par la **création de Médecins Sans Frontières (MSF) en décembre 1971.**

Les médecins sans-frontières s'inspirent des principes de la Croix-Rouge - neutralité et indépendance - mais ne veulent pas être tributaires des lois et des nationalités et ne cherchent pas à respecter les pouvoirs établis. Ils refusent notamment le principe de non ingérence et font du témoignage une de leurs principales forces d'action. Ils ne comptent que sur le soutien de l'opinion publique (4).

Le droit d'ingérence a été défini en 1991 par le conseil de sécurité de l'ONU pour permettre à la communauté internationale d'intervenir au Kurdistan irakien. Il autorise à titre exceptionnel des interventions humanitaires sans le consentement de l'Etat, dès lors que l'existence même des populations est menacée (4).

Aujourd'hui, la médecine humanitaire se décline selon trois grands thèmes :

1. Les situations de crises générées par les conflits armés et les catastrophes naturelles, et les situations de post-crise ;
2. L'indigence sanitaire liée au sous-développement notamment des pays dits du Tiers- Monde ;
3. La misère sociale dans les pays développés.

INTRODUCTION :

A. Naissance du projet :

Depuis le début de mes études médicales, et sûrement même avant, je me suis toujours senti attiré vers la médecine humanitaire. Toujours indécis, à tel point qu'à force d'hésiter je ne m'inscrivis ni aux cours de médecine humanitaire ni aux cours de maladies infectieuses et tropicales pendant mes deux premiers cycles d'études médicales.

En débutant mon internat de médecine générale, les choses devenaient plus concrètes et devant moi, chaque jour un peu plus, se dessinait la voie de la médecine générale ambulatoire.

Mais dans un coin de ma tête, inéluctablement, continuaient à trotter ces diverses réflexions sur la médecine humanitaire. J'avais pu en troisième année de médecine, vivre une expérience de six semaines au sein d'un dispensaire malien. Mais en ce début d'internat, je n'étais ni prêt à me lancer de nouveau dans l'aventure, ni prêt à me fermer toutes les portes d'une opportunité future.

Ainsi est née la question à l'origine de cette formidable aventure humaine que fut ma thèse : en choisissant la médecine générale ambulatoire, autrement dit libérale, pourrai-je, si je le souhaite un jour, faire de l'humanitaire ?

Bien décidé à répondre à cette question, j'explorai alors les moindres recoins de ces formidables cavernes d'Ali Baba nommées « PubMed », « Bibliothèques Universitaires » et sites internet divers et variés.

Mais je dois être un bien médiocre pêcheur car à ce jeu-là, je revins bredouille. Ce n'étaient pas les thèses narrant l'aventure humaine d'un interne parti à l'autre bout du monde qui manquaient. Mais rien qui puisse répondre à ma question...

Ma thèse venait de naître...

B. Médecine humanitaire :

D'une notion générale à la définition subjective retenue pour l'étude...

L'action humanitaire est une appellation récente, née dans les années 1980, mais qui désigne en fait une démarche aussi ancienne que l'humanité visant à porter assistance ou secours aux plus démunis (8).

De manière générale, est qualifié d'humanitaire, ce qui s'intéresse au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'homme (9).

« Médecine humanitaire » semble donc de ce point de vue être presque un pléonasma.

La médecine humanitaire consiste à soigner les populations dans les pays les plus démunis ou les populations les plus démunies dans les pays les plus riches.

Pour cette étude, nous n'avons retenu que les actions internationales. Choix discutable, certes, mais qui permettait de déterminer une frontière nette entre les actions pouvant être retenues pour l'étude et les autres. Cette frontière de la définition choisie n'aurait pas été aussi nette si nous avions inclus les actions sur le territoire national.

Et ce, pour deux raisons.

La première raison est que de nombreuses actions humanitaires, d'aides aux plus démunis sur le territoire national sont indemnisées. L'aspect bénévole nous semblait un critère important à retenir. Il nous aurait alors fallu exclure les actions nationales indemnisées et retenir les actions nationales bénévoles qui sur le plan pratique sont extrêmement proches : aide aux mêmes populations, procédés similaires...

La deuxième est la difficulté à délimiter une l'action elle-même : inclure l'aide médicale aux populations sans couverture sociale, vivant dans la marginalité, voire dans l'illégalité peut sembler un domaine d'action à inclure sans hésitation. Mais l'aide aux toxicomanes, l'engagement dans des associations de séropositifs, voire le simple fait de ne pas faire payer certaines consultations au sein de son propre cabinet ne sont ils pas aussi des actes humanitaires ?

Et on voit là toute la difficulté de placer une frontière.

La définition retenue fut donc celle d'action humanitaire bénévole à l'étranger.

La participation pouvait se faire au titre de la logistique sans quitter le territoire. L'action pour laquelle le médecin participait à la logistique, elle, se déroulait en dehors de nos frontières.

Ainsi, on comprend bien la difficulté à définir précisément la médecine humanitaire.

On citera Jean-Christophe Rufin dont la vision semble se rapprocher de la définition retenue pour notre étude : « *Au malheur « ordinaire » de la pauvreté, de la maladie et de la vieillesse s'ajoutent des malheurs « providentiels », considérés longtemps comme l'expression funeste du destin : guerres, épidémies, famines, terre qui tremble. Au malheur ordinaire répondent la charité et l'action sociale. Le malheur providentiel est le domaine de l'humanitaire.* » (1).

I. OBJECTIFS :

L'objectif principal de recherche fut de savoir s'il était possible de faire de la médecine humanitaire en étant médecin généraliste installé en cabinet libéral en Meurthe-et-Moselle.

Pour y répondre, la question principale de recherche découlant fut : « Y-a-t-il des médecins généralistes installés en Meurthe-et-Moselle qui ont réalisé des missions humanitaires au cours de leur exercice en cabinet libéral ? »

Naturellement naissaient les questions secondaires : « Si oui, quel était le profil de ces médecins, de leurs missions ? ».

II. MATERIEL ET METHODE :

La liste des médecins inscrits auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins comme médecins généralistes ayant un exercice libéral en Meurthe-et-Moselle a été communiquée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle, en avril 2006.

Cette liste comprenait 730 noms.

De cette liste, ont été directement exclus les 10 médecins exerçant au sein du groupe « SOS Médecins ».

A partir des 720 médecins restants, a été tiré au sort un échantillon aléatoire de 300 médecins.

Un premier travail a consisté à joindre téléphoniquement l'ensemble de ces 300 médecins pour leur demander s'ils avaient fait de la médecine humanitaire depuis qu'ils étaient installés en cabinet libéral.

En cas de réponse positive, il était proposé au médecin une rencontre. Lors de cette rencontre avait lieu un entretien au cours duquel le médecin était soumis à un questionnaire.

Ce questionnaire a été élaboré à partir d'entretiens préliminaires avec des personnes ressources ayant participé à des actions humanitaires.

Il comprenait une première partie contenant des questions fermées puis une deuxième partie comprenant des questions ouvertes.

III. RESULTATS :

A. PREMIERE PARTIE :

Résultats du recensement des médecins généralistes ayant eu une action humanitaire pendant leur exercice libéral.

Les appels téléphoniques se sont déroulés entre le 23 mai 2007 et le 15 janvier 2008.

281 médecins sur les 300 contenus dans l'échantillon ont été contactés personnellement par téléphone et ont pu être comptabilisés. 19 ont donc été secondairement exclus.

Les 19 médecins exclus secondairement l'ont été pour diverses raisons : arrêt de l'exercice (retraite, changement d'orientation, décès), barrage du secrétariat, coordonnées téléphoniques non valides ou médecin non joignable après au moins trois tentatives à des jours et horaires différents. A noter qu'un de ces 19 médecins a été exclu car il exerçait la profession de physiologiste (explorations fonctionnelles respiratoires), inscrit à l'ordre comme médecin généraliste qu'il n'était pas et donc n'entrait pas dans les critères d'inclusion.

93,7% des médecins de l'échantillon aléatoire ont donc pu être comptabilisés.

Parmi ces 281 médecins, 22 déclaraient avoir effectué une action humanitaire depuis leur installation en cabinet libéral.

Cela représente **7,8% des médecins généralistes contactés.**

Parmi ces 22 médecins, 19 ont pu être rencontrés. Trois médecins n'ont donc pas eu d'entretien : des problèmes de disponibilité sont en cause les trois fois (au moins un rendez-vous secondairement annulé par le médecin).

Schéma résumant les différentes étapes de l'étude :

730 médecins généralistes libéraux
en Meurthe et Moselle

→ - 10 « SOS Médecins »



720 médecins généralistes libéraux
exerçant en cabinet



Tirage au sort :
Echantillon représentatif de
300 médecins.

→ 19 médecins
secondairement
exclus.



281 médecins contactés.



22 ayant fait une action humanitaire
durant leur exercice en cabinet.

→ 3 médecins non rencontrés.



19 entretiens réalisés.

B. DEUXIEME PARTIE :

Résultats détaillés des 19 entretiens.

1. PROFIL DU MEDECIN GENERALISTE : (questions fermées)

Age moyen (en 2007) : 53 ans.

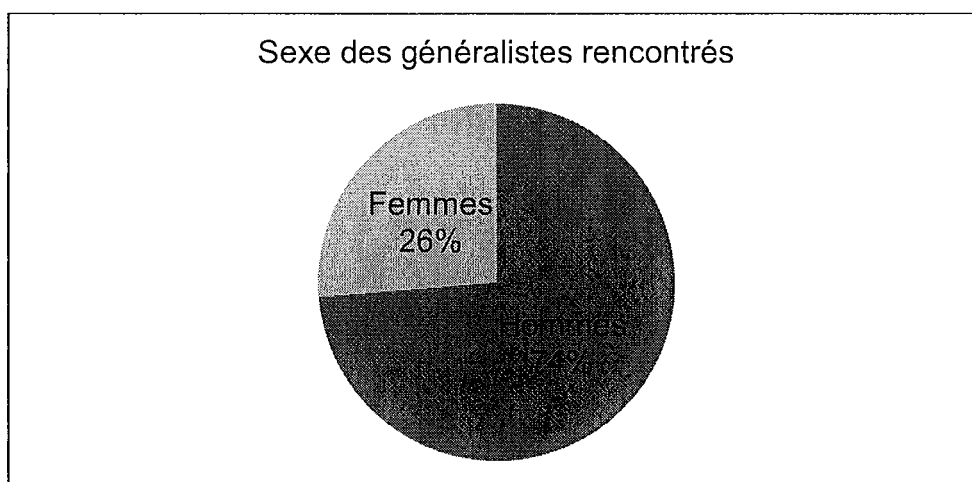
A titre indicatif : âge moyen estimé au 1^{er} janvier 2007 des généralistes libéraux lorrains : 48 ans (10).

Femmes : 5 (26%).

A titre indicatif : pourcentage moyen estimé de femmes parmi les généralistes libéraux lorrains au 1^{er} janvier 2007 : 27% (10).

Année moyenne d'installation : 1982.

Age moyen au moment de l'installation : 29 ans.



Type d'exercice :

- a. Rural : 3 (16%)
- b. Semi-rural : 8 (42%)
- c. Urbain : 8 (42%)

A titre indicatif : en Lorraine, environ 50% des généralistes libéraux exercent dans des zones urbaines de plus de 100000 habitants, 33% dans des zones intermédiaires (comprenant de 5000 à 100000 habitants) et environ 17% dans des zones de moins de 5000 habitants (10).

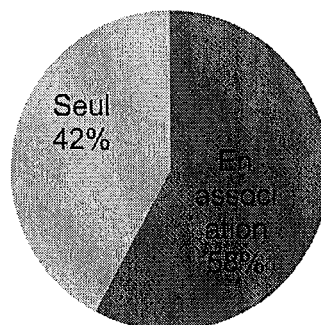
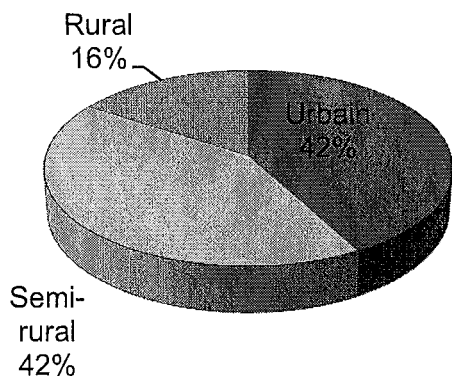
- d. Exercice seul ou en association :

Exercice seul : 8

Exercice en association : 11 ; nombre moyen d'associés : 1,7

Précision : la situation de certains médecins a changé au cours du temps : exercice initialement isolé puis en association, ou l'inverse. Il a été retenu le mode d'exercice pratiqué au cours de la majorité des actions, et par défaut le mode d'exercice actuel.

Type d'exercice



Situation maritale :

Au moment de l'entretien, 15 médecins vivent en couple et 4 vivent seuls.

17 médecins vivaient en couple quand ils ont fait de l'humanitaire.

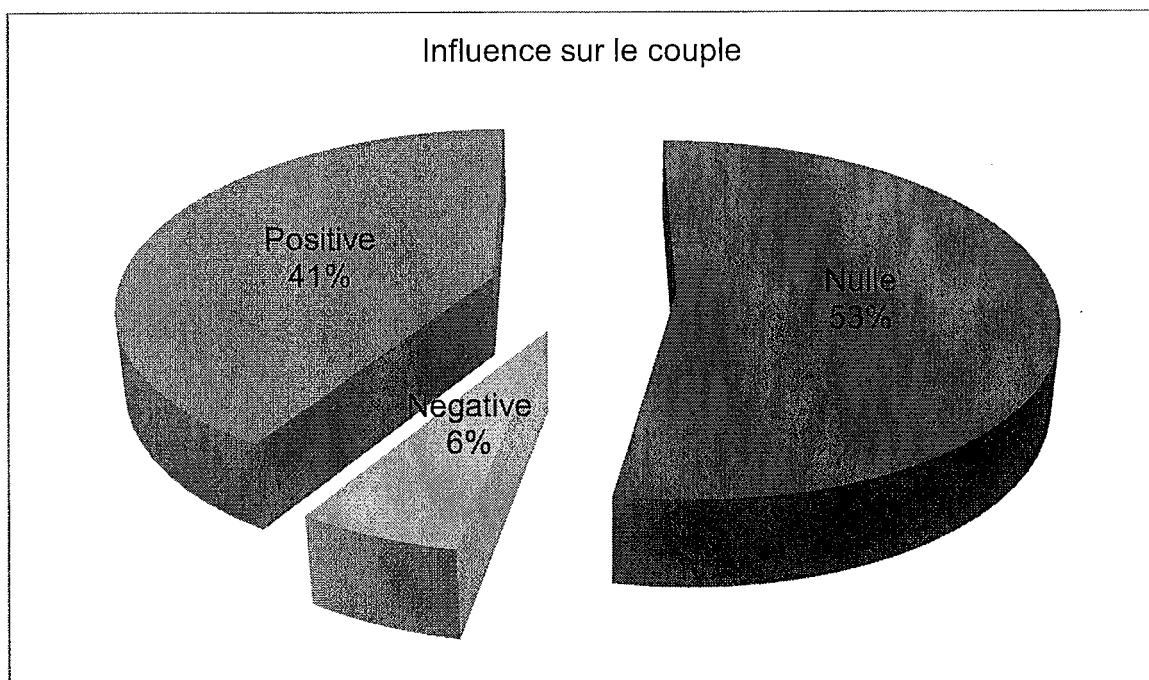
2 médecins n'ont fait de l'humanitaire qu'en étant célibataire ou séparé. Autrement dit, ils ne sont jamais partis alors qu'ils vivaient en couple.

L'influence de la pratique d'une activité humanitaire sur le couple a été jugée :

Négative par un médecin,

Positive par 7 médecins,

Nulle (aucune influence sur le couple) par 9 médecins.



Situation parentale :

Tous les médecins interrogés avaient des enfants.

En moyenne, les médecins avaient 2,5 enfants.

Un seul médecin n'est jamais parti depuis qu'il a des enfants.

11 médecins sont partis alors qu'ils avaient des enfants mais pas d'enfants de moins de 6 ans.

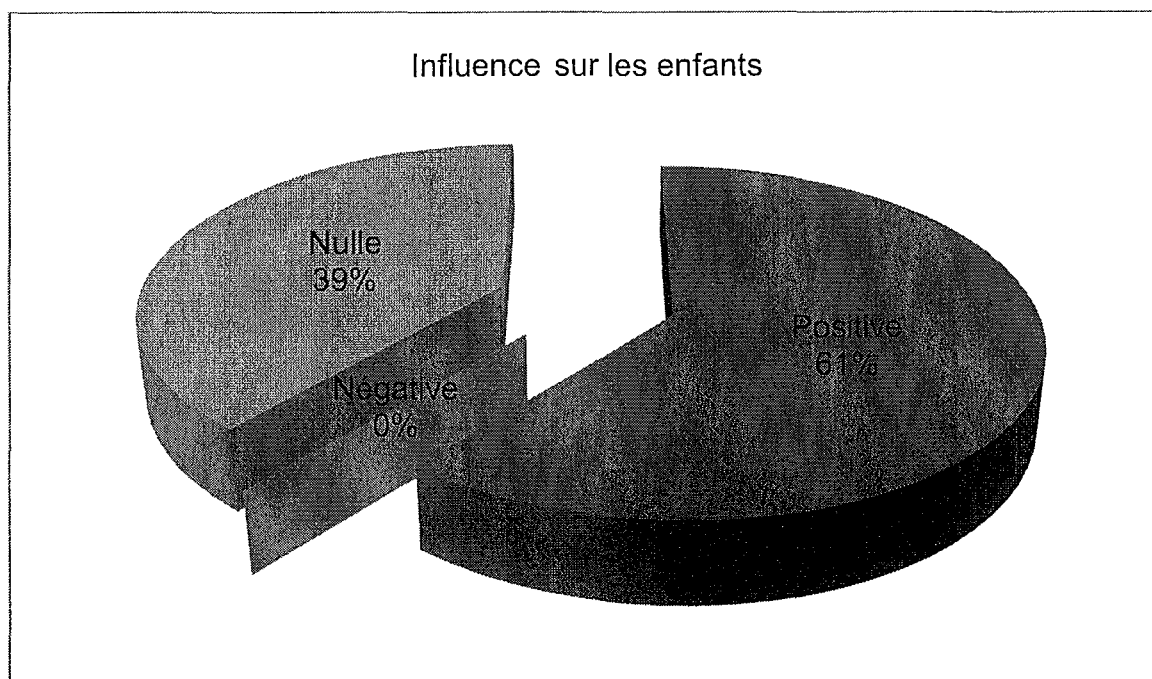
7 médecins sont partis alors qu'ils avaient des enfants de moins de 6 ans.

L'influence de la pratique d'une action humanitaire sur les enfants a été jugée comme :

Positive par 11 médecins

Nulle par 7 médecins.

Aucun médecin ne juge l'influence négative sur leurs enfants.



2. EXPERIENCES HUMANITAIRES : (questions fermées)

Formation :

5 médecins ont reçu une formation en rapport avec leur action humanitaire :

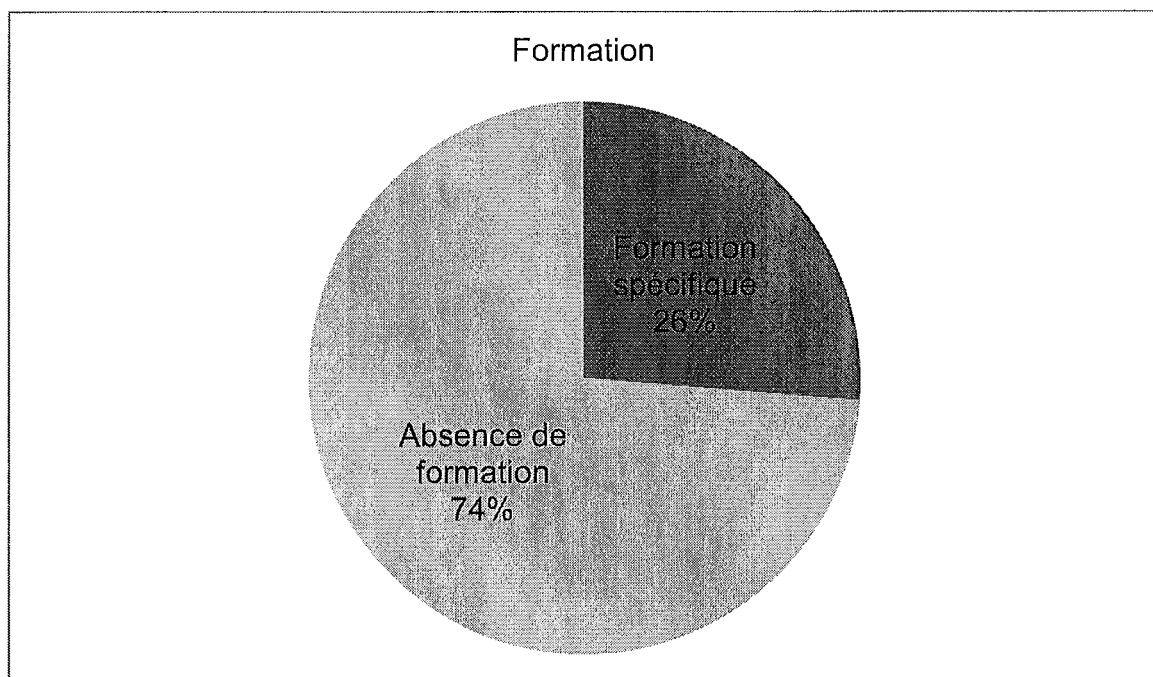
1 médecin a eu une formation à la médecine de catastrophe (12 mois),

3 à la médecine infectieuse et tropicale (12 et 24 mois),

1 en santé publique (24 mois)

1 a reçu une formation interne à l'association (durée de deux jours).

14 médecins n'ont jamais eu de formation spécifique.



Nombre de missions :

Les médecins sont partis pour la première fois après leur installation, **en moyenne 9 ans après celle-ci.**

2 médecins sont partis dans les deux années qui ont suivi leur installation.

17 médecins (89,5%) n'ont jamais eu d'expérience humanitaire avant leur installation.

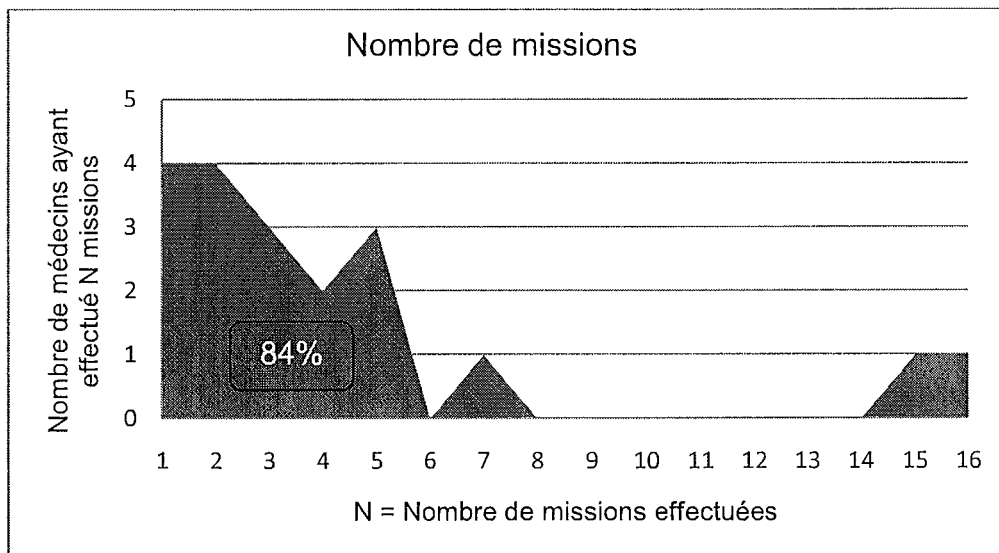
Le nombre moyen de mission par médecin est de 4,3.

2 médecins sont partis 15 fois ou plus.

4 médecins (21%) n'ont effectué qu'une seule mission.

8 médecins (42%) n'ont effectué qu'une ou deux missions.

16 médecins (84%) ont effectué 5 missions ou moins.



Profil des missions :

Sur 82 missions recensées :

75 étaient des missions programmées internationales soit 91%.

Précision : on entend par « missions programmées internationales », des missions prévues longtemps à l'avance, hors d'Europe.

7 missions étaient des missions de logistique, réalisées sans quitter la domiciliation habituelle du médecin (par exemple : collecte de médicaments, organisation de réunions).

Un médecin a effectué 4 missions de logistique et n'a jamais effectué de mission sur le territoire étranger.

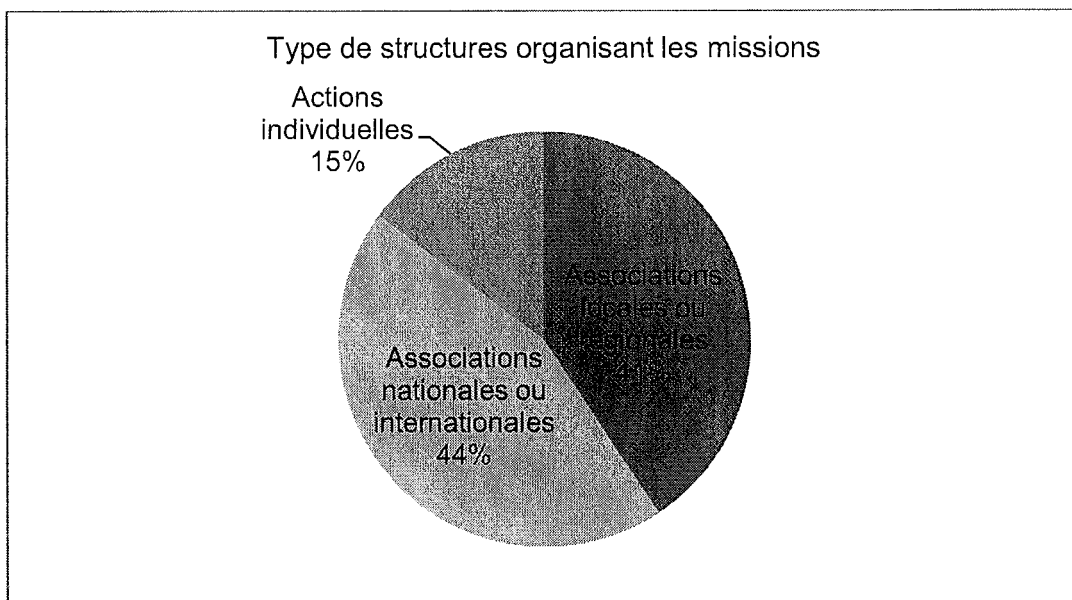
Aucune mission n'était une mission de médecine de catastrophe, ni de formation (à visée des professionnels sur place).

Type d'organisations :

33 missions étaient organisées par des associations locales ou régionales.

36 par des structures nationales ou internationales.

12 ont émanées d'actions individuelles.



Durée des missions :

25 missions avaient une durée inférieure ou égale à 7 jours.

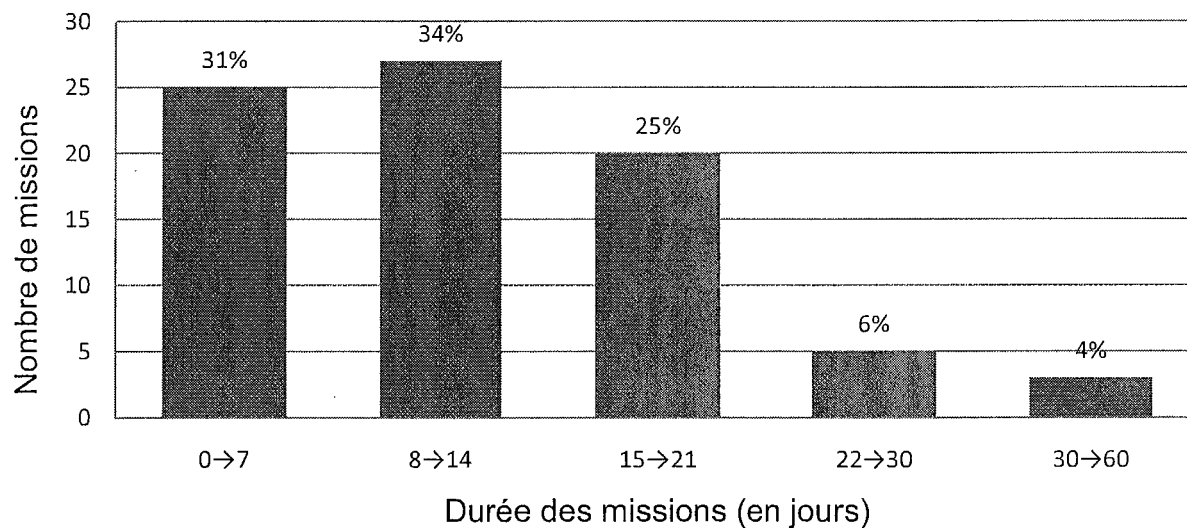
27 missions avaient une durée comprise entre 8 et 14 jours.

20 missions avaient une durée comprise entre 15 et 21 jours.

5 missions avaient une durée comprise entre 22 jours et un mois.

3 missions ont duré entre un et deux mois.

72 missions (96%) avaient une durée inférieure ou égale à trois semaines.



3. GESTION DES VIES PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE AVEC L'HUMANITAIRE : (questions fermées)

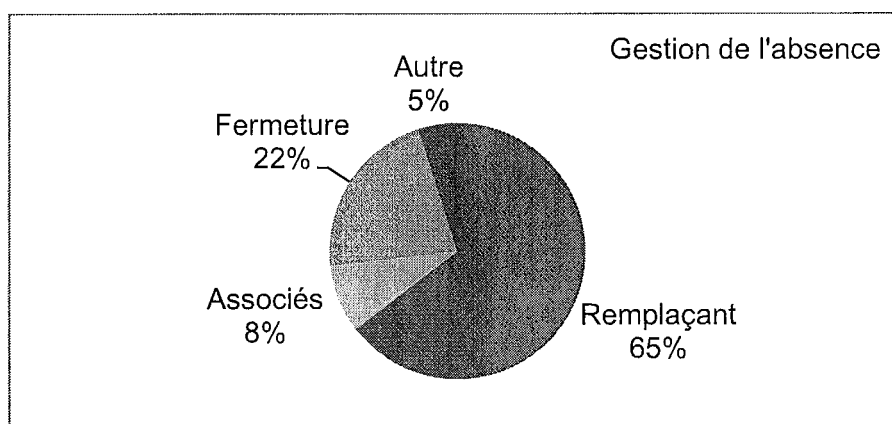
Gestion de l'absence professionnelle :

53 fois (65%), l'absence a été palliée par un remplaçant.

7 fois, elle a été compensée par la présence du ou des associé(s).

18 fois, l'absence s'est traduite par une fermeture du cabinet.

Enfin, pour un médecin, l'absence ne posait pas de problème : il n'intervenait que dans le cadre de missions de logistique se déroulant le week-end.



Conséquences et considérations financières :

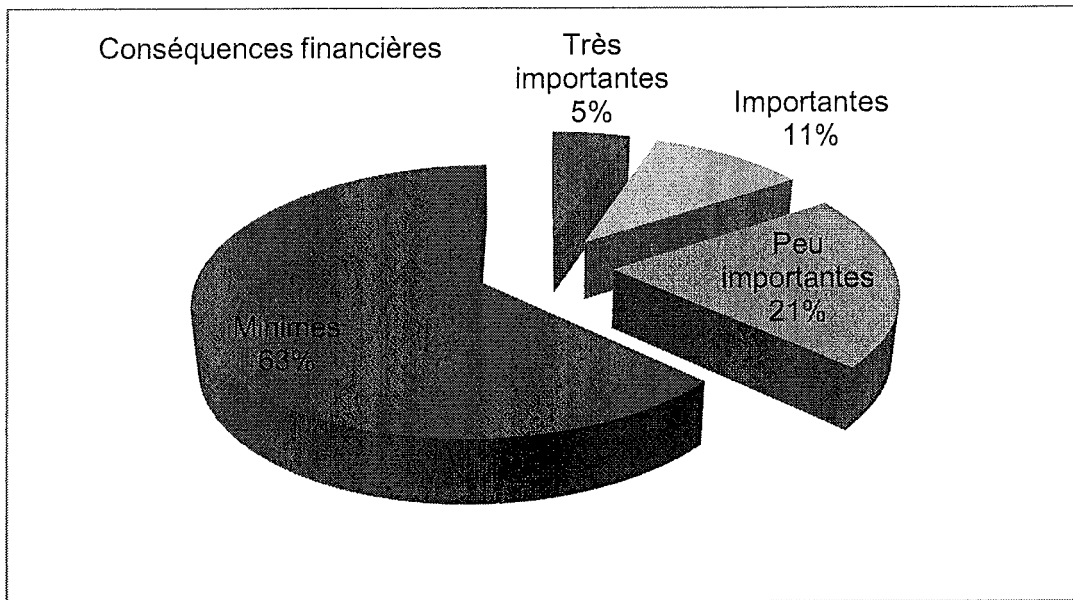
Pour un médecin, les conséquences financières sont très importantes.

Pour deux médecins, elles sont importantes.

Pour 4 médecins, les conséquences financières sont peu importantes.

Pour 12 médecins elles sont minimales.

Donc : pour 16 médecins (84%) les conséquences financières sont minimales ou peu importantes.



Pour 3 médecins, l'argument financier a déjà été un motif de refus de mission.

17 médecins ont toujours pu partir en vacances les années de mission.

Pour 2 médecins, il est arrivé parfois (mais non systématiquement) de ne pas pouvoir partir en vacances les années de mission.

Accompagnants :

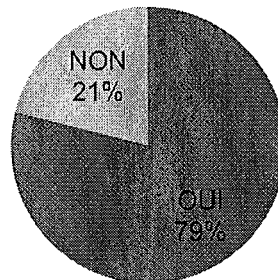
Sur 82 missions recensées, 20 (24%) ont été effectuées avec le conjoint ou la conjointe.

7 missions (8,5%) ont été réalisées avec la participation d'un ou plusieurs enfants.

4. INFLUENCE DE L'HUMANITAIRE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DE LA MEDECINE GENERALE : (questions ouvertes)

L'EXPERIENCE HUMANITAIRE A-T-ELLE UN IMPACT DIRECT SUR LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE AU QUOTIDIEN ?

OUI 15 (79%)



NON 4 (21%)

Commentaires :

Les différences énormes entre les contextes empêchent une intrication entre les « deux mondes » est un argument souvent évoqué en cas de réponse négative (« ça n'a rien à voir », « c'est différent »).

Le oui est parfois tempéré (au sein de 7 items) : l'effet « retour » est parfois évoqué avec des effets qui s'estompent à mesure qu'on s'éloigne de la date de retour. Par ailleurs, la grande différence entre les « deux mondes » est parfois utilisée pour argumenter une limitation des effets.

SI OUI LE(S)QUEL(S)

33 ITEMS sont individualisés. Ils ont été regroupés en cinq catégories principales.

Relativiser les pathologies et leur gravité, les prescriptions médicamenteuses et « techniques » (examens complémentaires) : 18 items

On relève parfois une impression de surconsommation du système de santé dans notre pays, parfois une impression de gâchis quant au nombre de prescriptions.

Les conséquences sont la diminution du nombre ressenti de prescriptions médicamenteuses et d'actes complémentaires.

Ont été également évoquées une diminution de la sensibilité et réceptivité aux pathologies bénignes du malade, ainsi qu'une augmentation de la sensibilité aux pathologies plus lourdes.

Ouverture d'esprit aboutissant à un enrichissement de la relation médecin-malade : 8 items

« En ayant approché la médecine humanitaire, on arrive à faire de la médecine humaniste ».

Une simplification de la relation médecin-malade et une globalisation du regard que l'on porte sur le patient sont évoquées comme un retentissement positif de la pratique d'une activité humanitaire.

La relation médecin-malade semble parfois enrichie par une ouverture et une sensibilisation forte face aux patients d'ethnies étrangères.

Expérience humanitaire comme outil pédagogique permettant d'impliquer les patients : 3 items

Les patients peuvent parfois aider au financement des missions ou de l'association, ils bénéficient d'informations sous diverses formes : prospectus, photos, vitrine d'objets rapportés...

Parfois, l'expérience humanitaire entre dans l'argumentaire pédagogique face au patient.

Enrichissement culturel personnel du médecin : 3 items

Contact avec des pathologies tropicales, découverte culturelle.

Expérience humanitaire comme catalyse d'un investissement associatif local : 1 item

Synthèse

IMPACT SUR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Relativiser (18 items)

Ouverture d'esprit (8 items)

Outil pédagogique (3 items)

Enrichissement culturel (3 items)

Catalyse d'un investissement bénévole local (1 item)

5. ENRICHISSEMENT PERSONNEL – SYNTHÈSE :

POURQUOI AVOIR CHOISI DE FAIRE DE LA MÉDECINE HUMANITAIRE LA PREMIÈRE FOIS ? 40 ITEMS

Les 40 items relevés ont été regroupés en 6 groupes principaux.

Opportunité : occasion qui s'est présentée au médecin : 14 items

Ami, membre de la famille, proche ou connaissance qui partait ou était sur place et qui a proposé au médecin de partir.

Vocation : 7 items

Rêve d'enfant, image de la médecine humanitaire (« French Doctor »), désir ou curiosité présent de longue date.

Amour du voyage, envie de voyager : 5 items

Envie de voyager, de découvrir des cultures étrangères.

Origine étrangère ou histoire personnelle dans un pays pour lequel est née alors l'envie d'effectuer une action humanitaire : 3 items

Apport d'une diversité au sein de son exercice médical : 6 items

« Faire autre chose », augmenter son expérience, découvrir un autre système de santé, avoir une réflexion sur les soins.

Par conviction éthique, culturelle ou religieuse : 5 items

POURQUOI LA MEDECINE HUMANITAIRE ?

Opportunité (14 items)

Vocation (7 items)

Voyage (5 items)

Attachement à un pays (3 items)

Diversification de l'activité (6 items)

Convictions, croyances personnelles (5 items)

POURQUOI AVOIR CONTINUE - 24 ITEMS

Liens affectifs : 10 items

Avec le pays, le lieu d'intervention, les confrères, l'équipe, la population, la culture...

Continuité de l'action : 7 items

« *Quand on a commencé, on ne peut plus s'arrêter* » ; poursuite de l'action ciblée, poursuite d'une activité humanitaire, prise de conscience de la permanence des besoins, parfois simplement nouvelles opportunités.

Poursuivre, évoluer, améliorer l'action entamée : 3 items

Valorisation, diversification de l'exercice : 4 items

Sentiment d'être efficace, envie de poursuivre une activité qui diversifie l'exercice quotidien de la médecine.

POURQUOI NE PAS AVOIR CONTINUE ?

Sentiment d'impuissance, d'inefficacité : 2 items

Raisons personnelles, familiales : 1 item.

6. DESCRIPTION DES ACTIONS :

Initialement, l'étude n'a pas été conçue pour décrire l'action exacte du médecin généraliste au cours de sa mission, ni même pour décrire l'action elle-même hormis les quelques critères déjà présentés.

Sur les 82 missions répertoriées, dans 71 cas, nous sommes en possession d'informations diverses sur la mission elle-même, son but et son déroulement. Mais ces informations sont de qualité, et en quantité très variables. Ces données ne sont pas exploitables mais sont présentées sous forme de «données brutes» en annexes.

Figure également en annexes une liste non exhaustive des noms d'organisations, des pays de destinations et des buts de mission.

IV. SYNTHÈSE, COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

A. SYNTHÈSE : PREMIÈRE PARTIE

« Dans la peau d'un généraliste »

« Est-il possible de faire des actions humanitaires en étant médecin généraliste installé en cabinet libéral ? »

OUI : effectivement, en Meurthe-et-Moselle près de 8 % des médecins généralistes exerçant en cabinet ont participé au moins une fois à une action humanitaire.

Participer à une action humanitaire en étant généraliste ne semble pas une exclusivité réservée aux hommes ni à l'inverse une vocation féminine. Les proportions hommes/femmes semblent proches de celles de la population des généralistes lorrains.

L'exercice rural ne semble pas un frein à la participation à des actions humanitaires (ou si l'on préfère : l'exercice urbain n'est pas une condition nécessaire requise).

De même que l'exercice en solitaire ou en association ne semble pas discriminant.

Ainsi, si l'on veut faire de l'humanitaire en étant généraliste en cabinet, quel que soit le type d'exercice, c'est possible !

« Avoir une vie de famille ou partir, faut-il choisir ? »

NON : sur le plan de la vie personnelle : le fait de vivre en couple ou d'avoir des enfants ne semble pas empêcher la participation à une action.

Cependant, la majorité des médecins interrogés n'avaient pas d'enfant de moins de six ans lorsqu'ils sont partis.

L'influence sur le couple est d'ailleurs souvent positive.

L'influence sur les enfants n'a jamais été jugée négative et semble même positive fréquemment.

Hors questionnaire, plusieurs médecins ont expliqué que leurs enfants faisaient aujourd'hui de l'humanitaire.

A noter que d'ailleurs 24% des missions ont été faites en présence du conjoint ou de la conjointe et que 8,5% des missions ont été réalisées en présence d'un ou plusieurs enfants.

« *Existent-ils des pré-requis ou des conditions incontournables ?* »

NON : Une formation spécifique ne semble pas nécessaire pour partir puisque seulement 26% des médecins en ont bénéficié.

De même qu'une expérience antérieure : près de 90% des médecins interrogés n'ont jamais participé à une action humanitaire avant leur installation.

Par contre, même si cela semble possible de partir dans les années suivant l'installation, les médecins sont partis en moyenne neuf ans après leur installation.

« *Risque de dépendance ?* »

OUI : effectivement, seuls deux médecins ne sont partis qu'une seule fois et on retrouve de véritables « toxicomanes de l'humanitaire » avec deux médecins ayant plus de 15 missions à leur actif.

« Quel type de mission ? »

91% des missions sont des missions programmées longtemps à l'avance et se déroulent hors d'Europe.

Il est cependant possible de participer à des actions sans quitter son département, en participant à la logistique.

En ce qui concerne l'organisation de l'action : dans environ 44% des cas ce sont de grandes associations nationales ou internationales, dans 41% des cas de petites structures locales ou régionales et enfin dans 15% des cas des actions individuelles.

La durée de mission est quant à elle dans 96% des cas inférieure ou égale à trois semaines, durée qui semble donc adaptée au profil de la profession.

« Je suis généraliste, ça y est je veux partir. Comment gérer l'absence et est-ce que cela va peser sur mes finances ? »

Pour 84% des médecins, les conséquences financières sont jugées minimales ou peu importantes. Le fait de partir en mission n'empêche pas de partir en vacances en famille, pas de sacrifice de ce point de vue là.

Quant à la gestion de l'absence, elle se partage entre fermeture du cabinet, remplaçant ou associé(s).

B. SYNTHÈSE : DEUXIÈME PARTIE : Apport dans la pratique quotidienne.

Que l'on soit parti une fois ou que l'on soit devenu un « accro » de l'humanitaire, jamais, et j'ai bien pu m'en rendre compte au cours des entretiens, l'humanitaire n'a laissé indifférent. Ainsi, même partir quelques jours dans sa vie semble marquer les esprits pour toute une vie.

Pour 79% des médecins interrogés, il y a un impact direct sur la pratique quotidienne de la médecine générale.

Il y existe un effet relativisant à avoir pratiqué deux systèmes de soins. Ainsi, de nombreux médecins estiment moins prescrire que ce soit en termes de médicaments ou en termes d'examens complémentaires.

Il existe également un effet relativisant quant au jugement de gravité d'une pathologie.

Cet effet relativisant, peu surprenant au final, est également accompagné par l'acquisition de ce que l'on pourrait qualifier d'une certaine ouverture d'esprit.

Cette ouverture d'esprit permet une meilleure compréhension de la culture face à des patients expatriés. Elle permet aussi, dans la relation générale médecin-malade, le partage de l'expérience culturelle avec le patient.

C. SYNTHÈSE : TROISIÈME PARTIE

Pourquoi fait-on de l'humanitaire quand on est généraliste ?

Pour certains, c'est une vocation, que ce soit par l'embrassement de l'image du « French Doctor », ou parce qu'une partie de la vie du généraliste est liée à un pays étranger, ou tout simplement par amour du voyage.

Très souvent cependant, la première expérience est liée à une opportunité. Ce n'est pas le médecin qui a frappé à la porte d'une association mais une proposition fortuite de la part d'un patient ou d'un ami.

Nombreux sont ceux qui, partis une fois, repartiront. Envie de poursuivre une action entamée, sensation d'inachevé, liens affectifs avec un pays, une culture, une équipe, sont évoqués.

D. DISCUSSION :

Cette étude semble remplir ses objectifs.

Elle répond à l'affirmative à la question « *peut-on faire de l'humanitaire quand on est généraliste en cabinet libéral ?* » et elle semble répondre également à la question « *comment ?* ».

Mais elle a ses limites.

Tout d'abord, elle ne concerne qu'un seul département. On peut ainsi se demander s'il y a des cultures départementales ou régionales de l'humanitaire. Le chiffre de 8% est peut être largement en dessous ou au dessus des chiffres nationaux.

Ensuite, elle ne compare pas de manière rigoureuse la population des généralistes faisant de l'humanitaire à la population globale des généralistes. Elle n'a pas été

conçue dans ce sens et la réponse à certaines questions peuvent ainsi paraître incomplète. Par exemple, l'étude permet de savoir qu'il est possible de faire de l'humanitaire quand on exerce en zone rurale mais elle ne permet pas de dire si la proportion d'exercice rural est statistiquement différente de celle retrouvée dans la population globale des généralistes.

Enfin, et à mon sens c'est le plus grand vide de cette étude, elle n'a pas été conçue pour évaluer et qualifier les actions humanitaires.

Certaines initiatives personnelles, qualifiées par leurs auteurs eux-mêmes de totalement désastreuses, mériteraient d'être distinguées d'actions au long cours, encadrées par des structures expérimentées avec des objectifs définis en terme par exemple de santé publique.

C'est sur cet aspect là que j'émettrais ma plus grande réserve. L'humanitaire, mot magique, populaire à l'extrême à sa moindre évocation, semble pourtant, sur le plan pragmatique de la réalité du terrain, un essai souvent difficile à transformer.

A mon sens, une nouvelle étude, en collaboration avec les structures les plus expérimentées, permettant une définition précise des objectifs de mission et une évaluation, permettrait d'établir une sorte de cahier des charges général fort utile dans un monde où la bonne volonté ne semble pas toujours suffire.

Par ailleurs, peut être que les structures les plus expérimentées ne proposent pas un profil de mission adapté aux généralistes exerçant en cabinet libéral. Je pense notamment aux trois structures les plus grandes et les plus populaires que sont Médecins du Monde, Médecins sans Frontières et Action contre la Faim qui ne proposent que des missions d'au minimum trois mois et le plus souvent de six mois.

Le médecin généraliste, par sa formation et par sa vocation, est par essence préparé à faire de l'humanitaire (peu de moyens, polyvalence). Ne pas proposer de missions dont le profil est adapté à son activité en cabinet est peut-être se priver d'un atout important.

Enfin, si l'on sort du contexte humanitaire pur et que l'on se place sur le plan du bénévolat, j'ai pu constater au cours des appels téléphoniques, que de très nombreux médecins participent à des actions bénévoles de tout type : investissement pour la santé des plus démunis sur le territoire français, aide aux séropositifs, etc...

Il serait intéressant de comparer et d'étudier l'investissement bénévole d'une profession dont la spécificité est d'être au cœur des populations.

Une étude au sein des médecins d'autres spécialités, à la fois d'exercice libéral mais aussi d'exercice salarié, pourrait être également très intéressante. Ce type de recensement ne semble pas exister dans la littérature actuellement disponible.

Pour conclure, simplement, il semblerait que la balance bénéfices-contraintes soit largement en faveur de la participation à des actions humanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. RUFIN JC
L'Aventure Humanitaire
Découvertes Gallimard
2. http://fr.wikipedia.org/wiki/Trêve_de_Dieu
3. Histoire de l'Ordre de Malte, Bertrand Galimard-Flavigny.
4. Histoire de la Médecine Humanitaire, Faculté de médecine de Strasbourg -
Module 020 - Année 2006 - Dr Halbwachs.
5. Dominique Larrey (1766-1842) Chirurgien militaire - Baron d'Empire Des
misères des batailles aux ors des palais, P. VAYRE et JJ FERRANDIS,
Académie Nationale de Chirurgie.
6. http://fr.wikisource.org/wiki/Un_souvenir_de_Solférino
7. <http://www.icrc.org/dih.nsf/48f761e1a61e194b4125673c0045870f/bf9037c1256417003cf42a>
8. BRÜCKER G., PIERQUIN J., HENRY P.
Médecine Humanitaire
Médecine-Sciences, Flammarion Médecin-Sciences, chapitre 6.
9. GRAND LAROUSSE EN CINQ VOLUMES
Edition 1993.
10. SICART D
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des
statistiques(DREES)
SÉRIES STATISTIQUES, DOCUMENT DE TRAVAIL
MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ
Projections médecins 2002-2020, Hypothèse Numerus Clausus 4700 et 1843
postes d'internes n°3.
Février 2002.

ANNEXES

ASSOCIATIONS, PAYS DE DESTINATION, BUTS DE MISSION :

Liste non exhaustive

www.amaha.org Maroc puis Mali (Mourdiah). Apport de matériel et de médicaments, suivi de la gestion d'un dispensaire avec embauche d'un médecin sur place.

Rotary International ; Pologne (Gestorova) ; restauration et apport de matériel au sein d'un dispensaire pour personnes âgées.

Laboratoires pharmaceutiques ; Bulgarie ; campagnes de vaccinations, consultations gratuites.

Action médicale individuelle (collecte de médicaments et consultations) au sein d'une association d'aide à la scolarisation et d'aide à l'agriculture ; Mali.

Action individuelle ; Centrafrique ; création d'une léproserie.

Pharmaciens sans Frontières ; Viêt Nam, Roumanie ; collecte et distribution de médicaments ;

LIPOVA Lorraine ; Roumanie ; apport de médicaments et de matériel, aide logistique à un orphelinat.

Action individuelle ; Cameroun ; a rejoint un contact sur place.

Amis des Enfants du Monde

Association des Amis de Charles de Foucauld ; Burkina Faso

Action individuelle ; apport de revues médicales et de médicaments à l'occasion d'un jumelage communal avec une ville roumaine.

Rotary Club de Toul ; Yougoslavie ; aide matérielle à un hôpital.

Action individuelle avec groupe d'EPU ; Madagascar ; consultations gratuites et apport de médicaments.

Association Médicale Toit du Monde ; Tibet ; aide aux réfugiés, aide médicale aux orphelinats, aide à l'éducation.

ARMADA www.armada.asso.fr ; Madagascar ; collecte de médicaments, consultations.

Action individuelle au cours de formations délocalisées à l'étranger ; Syrie, Cambodge, Sao tomé ; apport de matériel sur des sites médicaux ;

Association Solidarité Internationale (Pont-à-Mousson) ; Sénégal (Fouta) ; aide logistique et matérielle à un dispensaire, centre de renutrition infantile.

Homéopathes Sans Frontières.

Campagne de vaccination au Niger.

DONNEES BRUTES CONCERNANT

LE DEROULEMENT DE 71 ACTIONS :

1 collecte toute l'année de médicaments puis apport sur place, dans des dispensaires connus et suivis par l'association, au Maroc.

4 voyages avec apport de médicaments, de fournitures diverses et consultations gratuites sur place, au sein d'un dispensaire connu et suivi par l'association, au Maroc. L'année précédant le voyage avait permis une collecte de médicaments notamment.

2 voyages avec apport de médicaments, de fournitures diverses (matériel médical, vêtements, etc.) et consultations gratuites sur place, au sein d'un dispensaire connu et suivi par l'association, au Mali. L'année précédant le voyage avait permis une collecte de médicaments notamment.

2 voyages à destination d'un dispensaire pour personnes âgées en Pologne avec apport de matériel et de médicaments (collectés au cours de l'année précédant le voyage). Sur place, apport logistique et aide à la restauration sans activité de consultation notoire.

2 voyages consistant en une campagne de vaccinations en Bulgarie chez les Roms, avec également apport d'échantillons médicaux. Campagne organisée par un laboratoire pharmaceutique.

1 voyage (destination non relevée) consistant uniquement en des consultations médicales auprès de patients « pré-sélectionnés » auparavant sur place, ces patients pouvant repartir ensuite avec quelques mois de traitement. A noter une absence de suivi au long cours.

1 voyage au Mali dont le but initial était l'aide à la scolarisation et à la plantation. Du fait du statut du médecin, ont été organisées sur place deux journées de consultations et spécifiquement cette année-là, le voyage avait été précédé d'une collecte de médicaments.

1 voyage en Centrafrique où le médecin a rejoint un membre de sa famille travaillant sur place, dans le but de construire une léproserie. Un suivi à distance de la léproserie a été possible pendant sept ans puis celle-ci a fermé.

Le médecin est allé retrouver une de ses tantes religieuse au Viêt Nam qui lui a fait part des besoins de médicaments pour un dispensaire. Suite à cela, il a pris contact avec Pharmaciens Sans Frontières et par 6 fois a participé à des collectes et acheminements de médicaments.

9 voyages en Roumanie pour apporter des médicaments, des pacemakers recyclés, des fournitures scolaires, des vêtements... à destination d'orphelinats.

5 voyages en Roumanie pour apporter du matériel aux hôpitaux et des médicaments à destination des orphelinats.

1 voyage au Burkina Faso avec l'association des Amis de Charles de Foucauld.

1 action individuelle : à l'occasion d'un jumelage de la commune française avec une commune roumaine, apport de revues médicales et de médicaments.

3 voyages en Roumanie avec Pharmaciens Sans Frontières avec apport de médicaments.

2 voyages en Yougoslavie dans le cadre d'un Rotary Club avec apport de médicaments et fournitures diverses pour un hôpital.

1 voyage avec un groupe d' « Enseignement post-Universitaire » à Madagascar où trois jours de consultations ont été organisés dans un dispensaire avec un apport de médicaments.

16 voyages avec Assistance Médicale Toit du Monde au Népal : initialement lutte contre la tuberculose et la lèpre auprès des réfugiés tibétains puis médecine devenant plus générale avec élargissement de la population cible (notamment rapprochement d'orphelinats).

1 action individuelle en Afrique. Était dans un club en vacances. A finalement fait quinze jours de consultation dans les villages voisins.

2 aides logistiques pendant un an chacune, consistant à la récolte de médicaments et à la coordination de celle-ci.

4 années de collecte de médicaments, d'organisation logistique de celle-ci, sans départ sur place. Médicaments à destination essentiellement de l'Afrique, distribution à des hôpitaux et des dispensaires en relation avec des associations se rendant sur place. Les médicaments sont collectés auprès des médecins, des patients et des laboratoires.

1 mission consistant en une année de collecte de médicaments puis voyage à Madagascar avec déplacement en bateau et consultation dans des lieux difficilement accessibles, avec une association nationale.

A 3 reprises, organisation par un groupe de Formation Médicale Continue d'apport de médicaments aux populations locales au cours de voyages de formation en Syrie, au Cambodge et à Saotomé.

2 voyages au Sénégal au cours desquels ont été données de nombreuses consultations dans des dispensaires, avec également « mise en route » d'un dispensaire – centre de renutrition infantile.

QUESTIONNAIRE :

PROFIL DU MG :

Nom

Année de naissance

Lieu d'exercice

Année de début d'exercice (année d'installation)

Type d'exercice:

- | | | | |
|----|----------------|--------------------------|---------------------|
| 1. | Rural | <input type="checkbox"/> | |
| | Semi-rural | <input type="checkbox"/> | |
| | Urbain | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Seul | <input type="checkbox"/> | |
| | En association | <input type="checkbox"/> | nombre d'associés : |

Vie matrimoniale : En couple / vit seul

Couple :

Y a-t-il eu une/des action(s) humanitaire(s) en étant « non célibataire » ?

- NON
- OUI combien ?

Influence sur le couple ?

- POSITIVE
- NEGATIVE
- AUCUNE

Enfants : nombre d'enfants :

Action humanitaire en ayant des enfants ?

- NON
- OUI, avec enfant(s) < 6 ans
- OUI, avec enfant(s) ≥6 ans

Influence sur les enfants ?

- POSITIVE
- NEGATIVE
- AUCUNE

EXPERIENCE HUMANITAIRE :

Avez-vous eu une formation spécifique ?

- OUI, avant la première mission
- OUI, plus tard
- NON

Durée de la formation :

Type de formation :

- Santé Publique
- Epidémiologie
- Maladies Infectieuses
- Langues étrangères
- Formation interne de l'association, formation spécifique à la mission

Nombre d' « actions » :

Année de la première expérience :

- = avant l'installation
- = après l'installation

Type d'action :

- | | |
|--|------------------------------------|
| Mission programmée internationale | <input type="checkbox"/> ... fois. |
| Mission de proximité | <input type="checkbox"/> ... fois. |
| Logistique | <input type="checkbox"/> ... fois. |
| Médecine de catastrophe,
médecine d'urgence | <input type="checkbox"/> ... fois. |
| Formation | <input type="checkbox"/> ... fois. |
| Autre(s), détailler : | <input type="checkbox"/> ... fois. |

→

Durée des actions :

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> < 1 semaine (inclus) | ... fois |
| <input type="checkbox"/> 1 (exclus) à 2 (inclus) semaines | ... fois |
| <input type="checkbox"/> 2 (exclus) à 3 (inclus) semaines | ... fois |
| <input type="checkbox"/> 3 semaines (exclus) à 1 mois (inclus) | ... fois |
| <input type="checkbox"/> 1 (exclus) à 2 (inclus) mois | ... fois |
| <input type="checkbox"/> 2 (exclus) à 3 (inclus) mois | ... fois |
| <input type="checkbox"/> 3 (exclus) à 6 (inclus) mois | ... fois |

Type d'organisation :

- Locales ... fois.
Nationales et internationales ... fois.
Action individuelle ... fois.

Gestion de l'absence :

Sur le plan professionnel :

- Remplacement ... fois.
Associés ... fois.
Fermeture ... fois.
Autre (préciser) ... fois.

→

Conséquences financières :

- minimales
 peu importantes
 importantes
 très importantes

L'aspect financier a-t-il déjà été un motif de refus de mission ou d'absence de mission ?

- OUI ... fois
 JAMAIS

Sur le plan personnel :

Femme ou compagne accompagnant ?

- JAMAIS
OUI ... fois. TOUJOURS

Enfants ?

- JAMAIS
OUI ... fois. TOUJOURS

Etait-il possible de partir en vacances les années où il y a eu des actions humanitaires ?

- OUI TOUJOURS
PARFOIS combien de fois : ...
JAMAIS

INTERET DE L'HUMANITAIRE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE
DE MEDECINE GENERALE :

L'expérience humanitaire a-t-elle un impact direct sur la pratique de la médecine générale au quotidien ? La(les)quelle(els) ?

ENRICHISSEMENT PERSONNEL / QUESTIONS OUVERTES :

Pourquoi avoir choisi de faire de la médecine humanitaire la première fois ?

Pourquoi avoir continué ?

QUESTIONS OUVERTES, DISCUSSION, COMMENTAIRES (au verso)

VU

NANCY, le 9 septembre 2008

Le Président de Thèse

Professeur A. GERARD

NANCY, le 9 septembre 2008

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 18 septembre 2008

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

Ni le sexe, ni la zone d'exercice, ni le type d'exercice, ni le fait de vivre en couple ou d'avoir des enfants ne semblaient être des facteurs discriminants pour pouvoir faire de l'humanitaire.

Une formation préalable ou une expérience antérieure ne semblaient pas nécessaires.

En moyenne, les médecins interrogés étaient partis neuf ans après leur installation et le nombre moyen de missions était de 4,3.

Le fait d'avoir effectué des missions humanitaires semblait très enrichissant sur le plan personnel et avait souvent un retentissement sur la pratique de la médecine générale au quotidien.

Partir en mission humanitaire pour un généraliste serait donc facilement accessible et extrêmement enrichissant avec une réserve cependant quant à l'hétérogénéité des profils de missions et leur qualité.

TITLE IN ENGLISH:

GENERAL PRACTITIONERS AND HUMANITARIAN ACTIONS

Descriptive study about general practioners from Meurthe-et-Moselle, France, working in family practice.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2008

MOTS CLEFS :

Médecins Généralistes ; Médecine Humanitaire ; Exercice Libéral

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
