UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté de Médecine

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

Olivier MONTIGNY

Médecin Généraliste en Formation Professionnelle

Guide de l'expatriation humanitaire pour le médecin généraliste

Année académique 2007-2008

Abstract

La possibilité d'une expatriation dans un cadre de travail humanitaire est envisagée par de nombreux médecins généralistes. Néanmoins, les questionnements à ce sujet sont nombreux parmi ceux-ci et tendent à freiner cette démarche ou incitent à s'y engager de manière inappropriée par manque de connaissance. Ce travail a pour but de fournir une information théorique et pratique concernant les modalités concrètes, personnelles et professionnelles, qui sous-tendent ce type d'engagement, que ce soit lors de la préparation d'un départ, sur le terrain ou une fois le médecin revenu dans son pays d'origine.

Mots clefs : médecine générale, humanitaire, expatriation, coopération au développement.

Motivations

Le projet de ce travail de fin d'étude est né premièrement d'un intérêt personnel pour la coopération médicale au développement, déjà concrétisé lors d'un stage de quatre mois réalisé au Cameroun en cours de troisième doctorat.

Ensuite est venu le constat du fait que, si un certain désir d'expatriation dans le cadre de missions humanitaires est répandu parmi les médecins généralistes belges, il demeure souvent inaccompli vu le nombre de questionnements personnels et professionnels qu'il soulève.

Ce travail a donc pour but de fournir aux médecins généralistes intéressés par ce type de projet certaines notions issues de documents théoriques ou d'expériences vécues ainsi que certains éléments de réflexion leur permettant d'envisager cet engagement sur des bases plus solides que les fantasmes dont il est souvent l'objet. En effet, la place qui lui est accordée au cours des études est plus que limitée et ne déborde que rarement le cadre de certains cours et stages à option.

D'un point de vue personnel, ce travail s'est préparé parallèlement au questionnement sur l'avenir de ma pratique médicale (inévitable pour tout médecin généraliste en fin de formation) et sur l'éventualité de l'exercer dans le cadre de la coopération au développement. Outre un travail de synthèse, il reflète donc également, entre les lignes, une réflexion et un cheminement personnels.

Méthodologie

La méthodologie de préparation de ce travail a consisté dans un premier temps en une recherche de documentation en bibliothèque (essentiellement auprès de la Bibliothèque Moretus Plantin des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur qui possède un département conséquent relatif à la coopération au développement), en librairie, sur internet (sites des différents organismes, des collectifs d'associations, des réseaux de coopérants, …) et auprès de nombreux organismes impliqués dans des projets d'expatriation humanitaire de médecins généralistes belges.
Parallèlement, un contact a été pris avec plusieurs membres de ces organismes et avec plusieurs médecins ayant effectué ou effectuant encore des missions humanitaires à l'étranger, les témoignages de ceux-ci ont été recueillis de manières diverses : lors de rencontres organisées, par téléphone ou par écrit, les contacts informels furent également nombreux.

Ces rencontres ont mené à une participation à une séance d'information pour personnes intéressées au siège de l'association MSF et à un engagement dans le activités en Belgique de l'association Médecins du Monde (soins médicaux apportés aux SDF à Bruxelles, suivi médical d'une grève de la faim, participation à la vie de l'association, …)

Ces différentes ressources bibliographiques et les rencontres et expériences vécues ont été réunies et recoupées afin d'obtenir une synthèse reprenant les différents aspects et étapes de l'engagement humanitaire d'un médecin généraliste, présentés de manière chronologique.

Ce travail ne se veut donc pas exhaustif (cela serait impossible étant donné la richesse et la complexité des réseaux médicaux humanitaires) mais présente un aperçu global et diversifié des éléments communs à tout travail humanitaire et des spécificités des différents types d'engagements possibles.

Je tiens à remercier tout particulièrement pour leur aide, leur témoignage et leur soutien le Dr Gérald Van Woensel (maître de stage et ancien coopérant auprès de

Médecins Sans Frontières), le Dr Francis Monet (attaché à la Direction Générale de la Coopération au Développement), les Dr David Van Osta et Olivier Ricard de Médecins du Monde Belgique ainsi que toute l'équipe de l'association, le Dr Myriam Malengreau (responsable de la Coopération au Développement auprès de l'Université Catholique de Louvain), le Dr Jan Harm Keijzer (ancien expatrié), le Dr Olivier Robaux (coopérant auprès d'ASMAE), Leïla Wolteche (responsable des ressources humaines auprès de MSF Belgique), Joyce Trémérie - van Eijndt (responsable des ressources humaines auprès d'Handicap International), Elizabeth Neville (responsable de la communication pour l'Agence Canadienne de Développement International), Damien Van Wynsberghe (Gestionnaire des ressources humaines expatriées auprès de la Croix-Rouge de Belgique) et Patricia Anglès d'Auriac (chargée de recrutement auprès d'Aide Médicale Internationale France). Leurs contributions furent indispensables afin de donner à ce travail un certain vécu humain et l'ancrage dans la réalité qui lui étaient nécessaires.

N'y aurait-il pas moyen, pendant une époque de paix et de tranquillité, de constituer des sociétés de secours dont le but serait de faire donner des soins aux blessés, en temps de guerre, par des volontaires zélés, dévoués et bien qualifiés pour une pareille œuvre.

Henri Dunant, *Un souvenir de Solferino*, Genève, 1862

Quand on aime, il faut partir.

Cyril Collard

Introduction

En ce début de vingt-et-unième siècle, la médecine générale cherche sa place dans notre société. Les pouvoirs publics, après avoir imposé les quotas qui ont participé à la création d'une pénurie, incitent à présent les médecins généralistes à s'investir dans certaines régions reculées ou défavorisées de notre beau pays qui sont celles qui en souffrent le plus.

Cependant, l'évolution de notre mode de vie, de par sa mondialisation, a créé un autre phénomène médical : on observe qu'un nombre important de médecins considèrent l'éventualité de consacrer une partie de leur carrière à une pratique à l'étranger.

Cette tendance peut inquiéter les responsables de l'organisation des soins de santé en Belgique et leur sembler incohérente étant donné les besoins en terme de médecine de première ligne rencontrés sur notre territoire.

Néanmoins, de nombreux médecins candidats à l'expatriation considèrent leur projet comme éthiquement logique et défendable. Certes, une pénurie se développe en Europe mais, pour le médecin dont l'ouverture d'esprit dépasse les frontières territoriales, elle reste mineure par rapport au manque criant d'accès aux soins de santé des populations de certaines parties du globe.

L'organisation belge des soins de santé et les médecins qui la quittent temporairement pour une pratique humanitaire suivent donc le même but : offrir un suivi médical de qualité satisfaisante à tout un chacun quels que soient son lieu de vie et ses revenus, seule l'échelle est différente.

Si la décision du médecin généraliste de s'expatrier dans le cadre d'une pratique humanitaire est donc compréhensible, elle n'en pose pas moins de nombreuses interrogations à celui qui l'envisage. C'est à ces questions que ce travail a pour but d'apporter des éléments de réponse.

Dans un premier temps, nous allons envisager la manière dont s'organise le départ pour ce type de mission en considérant les motivations qui peuvent inciter le généraliste à entreprendre cette démarche, les régions du monde où ce type d'action

s'organise, les possibilités offertes aux médecins d'y participer, les aspects administratifs et financiers que ce départ implique, les pré requis nécessaires, les filières de recrutement des candidats et les préparatifs pratiques à envisager.

Ensuite, nous étudierons la réalité vécue de cette expatriation une fois sur le terrain en développant le travail que le médecin peut réaliser sur place, l'organisation concrète de sa vie à l'étranger, les risques éventuellement encourus par celui-ci et le vécu émotionnel qui en découle.

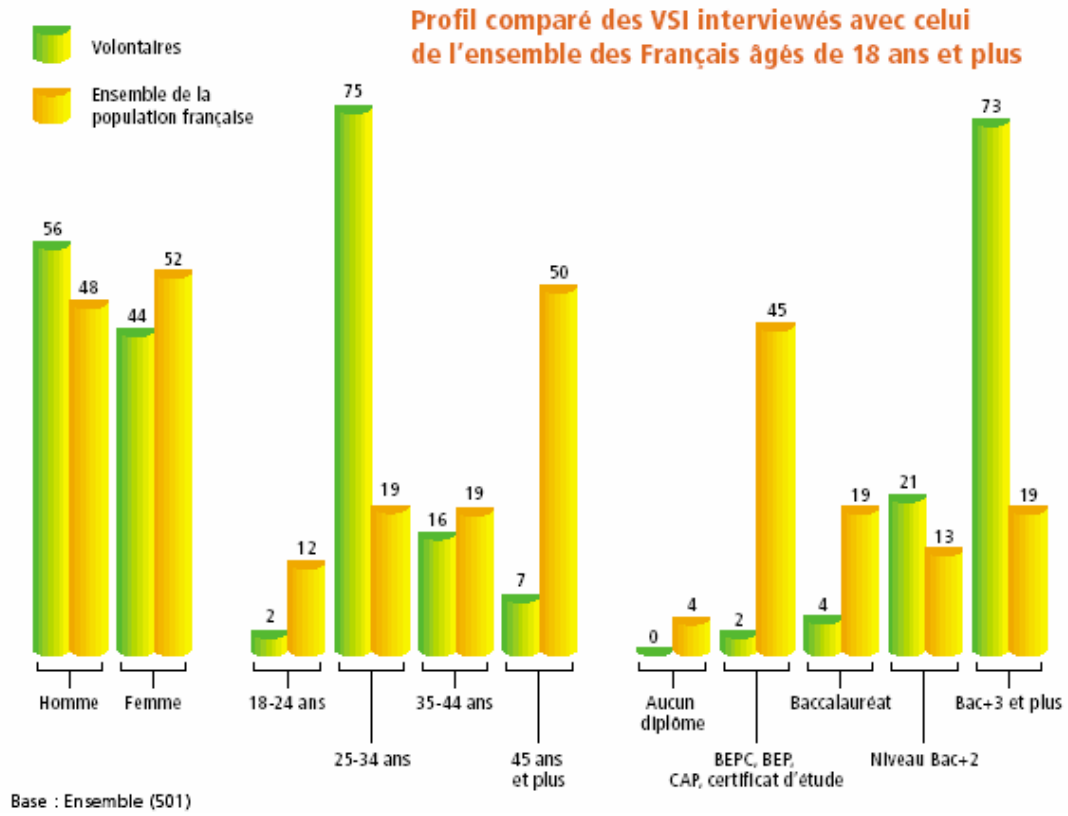
Enfin, nous nous intéresserons à ce qui est peut-être la phase la plus importante de ce parcours, le retour du médecin en Europe une fois sa mission humanitaire terminée, en discutant ses aspects pratiques mais aussi personnels avant de nous poser la question de l'avenir du médecin, une fois rentré au pays.

I. La préparation au départ

I.A. Profils des volontaires et motivations au départ

I.A.a. Profil des médecins candidats à l'expatriation

Qui sont ces généralistes qui souhaitent partir dans le cadre d'une mission humanitaire ? Si leurs profils sont variés, on observe que les candidats sont plus âgés (moyenne de 32 ans (1,2)) et donc plus formés (études de troisième cycle) et expérimentés que par le passé. La proportion hommes/femmes est variable selon les organismes mais la plupart des coopérants sont célibataires (1) (les départs à l'étranger en couple étant organisables au sein de certains associations mais limités, soumis à certaines conditions et difficiles à organiser). 25% des coopérants qui partent chaque année le font pour la première fois en mission humanitaire (2).



(3)

I.A.b. Motivations soutenant l'engagement humanitaire à l'étranger

Les motivations qui amènent un généraliste belge à s'expatrier dans le cadre d'une mission humanitaire peuvent être multiples, plus ou moins bonnes ou mauvaises…

Aspects philosophiques

Les motivations philosophiques sont souvent essentielles dans le projet du médecin. Le terme « humanitaire » apparaît vers 1830 et Lamartine le définit comme « visant au bien de l'Humanité ». Il se définit aujourd'hui comme une action entreprise afin de porter secours à tout être humain, quel qu'il soit et où qu'il se trouve, mais surtout de manière tout à fait désintéressée. Comme le précise Rony Brauman (4) : *« A la différence des autres formes de solidarité internationale, l'aide humanitaire ne prétend pas transformer les sociétés mais aider ses membres en période de crise »*.

La plupart des médecins se sentent engagés et rencontrent ces idéaux. Ils sont souvent, avant leur première mission, remplis d'idéalisme, compatissent avec les souffrances d'autrui, veulent agir, témoigner, changer le monde en profondeur et désirent apporter un "plus" là où personne ne va et là où leur aide est vraiment nécessaire… Au fil des années, leurs conceptions à ce sujet évoluent mais les bases de leur engagement humanitaire, si elles demeurent, peuvent leur permettre de continuer leur action à l'étranger.

On ne peut donc faire ce métier sans avoir envie d'aller vers les autres.

Mais certains portent par ailleurs en eux d'autres motivations, conscientes ou non, qui devraient leur faire reconsidérer l'opportunité de cet engagement au risque de se voir déçus ou de nuire à la cause humanitaire. En effet, certaines sensibilités idéologiques ou politiques (et l'intention de prendre parti à ces niveaux), philosophiques (avec parfois le risque d'agir par culpabilité, héritage du colonialisme d'où une tentative d'engagement au côté des pays du tiers monde et en opposition envers un Occident méprisé (5)), ou confessionnelles (évangélisation) représentent une volonté d'action inadéquate et dangereuse pour les sociétés.

Aspects personnels

L'expatriation du médecin s'inscrit souvent dans une recherche de développement personnel. Celui-ci espère que cette expérience sera le support d'une quête de sens, lui apportera des compétences professionnelles et privées, une ouverture d'esprit et, finalement, un sentiment d'accomplissement personnel.

Si ces motivations sont légitimes, elles doivent être nuancées et leurs dérives potentielles considérées.

En effet, travailler dans l'humanitaire a, dans nos sociétés où la réussite sociale est souvent associée à des critères financiers, une connotation très positive. Le risque existe dès lors pour le médecin de partir en vue d'exposer et de valoriser sa personne à ses yeux et à ceux des autres.

Il peut également partir pour se soumettre à une épreuve, tester ses limites, s'isoler et effectuer un retour sur lui-même, voire avec une certaine dose de fascination et de voyeurisme envers les souffrances d'autrui. Si ce type de motivation supplante le désir réel et profond d'agir avec professionnalisme dans l'intérêt des populations visées, sa démarche humanitaire devra être sérieusement remise en question.

Aspects professionnels

Beaucoup partent également en entrevoyant une activité professionnelle riche et épanouissante (diversité et responsabilité des actes médicaux à poser, travail en équipe internationale,…) qu'ils peuvent parfois opposer à une pratique considérée comme rébarbative en Europe.

Le contexte de travail peut séduire également (goût du voyage, du dépaysement, de la rencontre, du risque, de l'aventure, …) mais un engagement humanitaire représente une activité professionnelle sérieuse et ne pourra pas être confondu avec une tentative de fuite de sa situation professionnelle en Belgique ou avec une activité lucrative, non éthique et non engagée à l'étranger ou encore avec des vacances touristiques prolongées.

Aspects pratiques

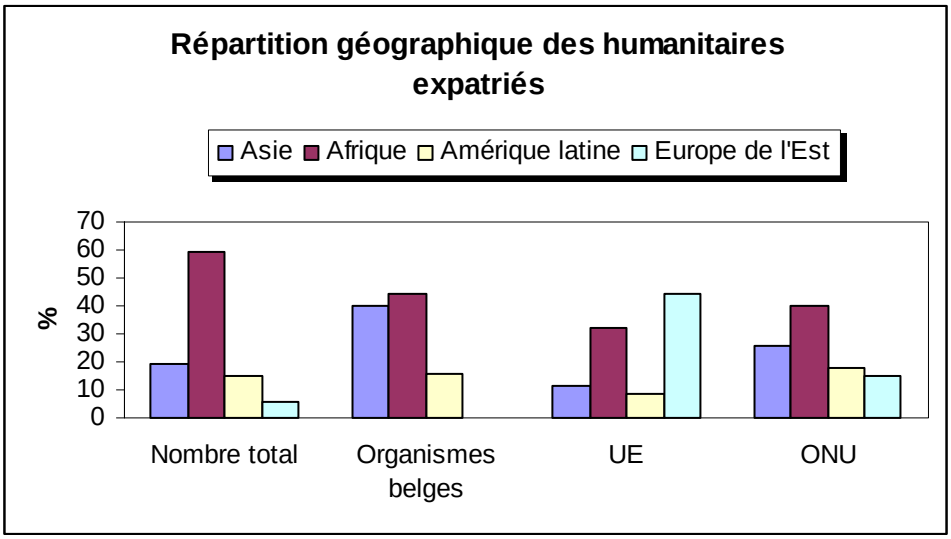
Enfin, certaines considérations pratiques peuvent intervenir dans la motivation à l'expatriation. Celle-ci peut résulter de l'idée d'une pléthore médicale européenne, d'opportunités concrètes ou de rencontres réalisées dans sa vie professionnelle ou personnelle. Mais un départ destiné à fuir des difficultés professionnelles, sociales, financières, relationnelles ou conjugales rencontrées en Europe ne permettra pas au médecin de les solutionner et celles-ci se poseront de manière tout aussi intense, voire plus, une fois de retour au pays.

Le médecin devra donc, avant toute expatriation, se poser la question de savoir si ses motivations correspondent à un engagement humanitaire réel et sérieux plutôt qu'à une méconnaissance des réels enjeux de cette démarche ou à des considérations personnelles ou professionnelles peu compatibles avec celle-ci.

I.B. La destination

A tout généraliste candidat au départ se pose la question de la région d'expatriation. Certains sont ouverts aux propositions et acceptent un départ vers l'un des pays que les organismes contactés leur proposent répondant ainsi aux besoins de ceux-ci. Pour d'autres, une idée plus ou moins claire se dessine concernant leur destination. Ce choix peut correspondre à une motivation politique ou à un souhait particulier éventuellement lié à une expérience passée (dans la coopération eu développement ou non) dans la région concernée ou encore répondre à des impératifs sociaux ou familiaux (conjoint ou famille résidant à l'étranger). Dans ces cas de figure, une négociation basée sur des motivations sérieuses peut s'engager avec les organismes envoyant des coopérants dans les pays pressentis.

La répartition des actions dans le monde des différents organismes dépend du type d'intervention.



(6)

Les ONG de développement mènent pour l'essentiel leurs actions en Afrique. Dans ce cadre à long terme, le choix des pays est souvent fonction des liens historiques, culturels ou économiques que l'Occident entretient avec telle ou telle partie du monde.

Pour la coopération bilatérale belge dépendant de la DGCD : l'action gouvernementale est limités à 18 pays et privilégie l'Afrique des Grands Lacs (Congo, Rwanda, Burundi) mais agit également dans le reste de l'Afrique et, dans une moindre mesure, en Asie et en Amérique latine (7).

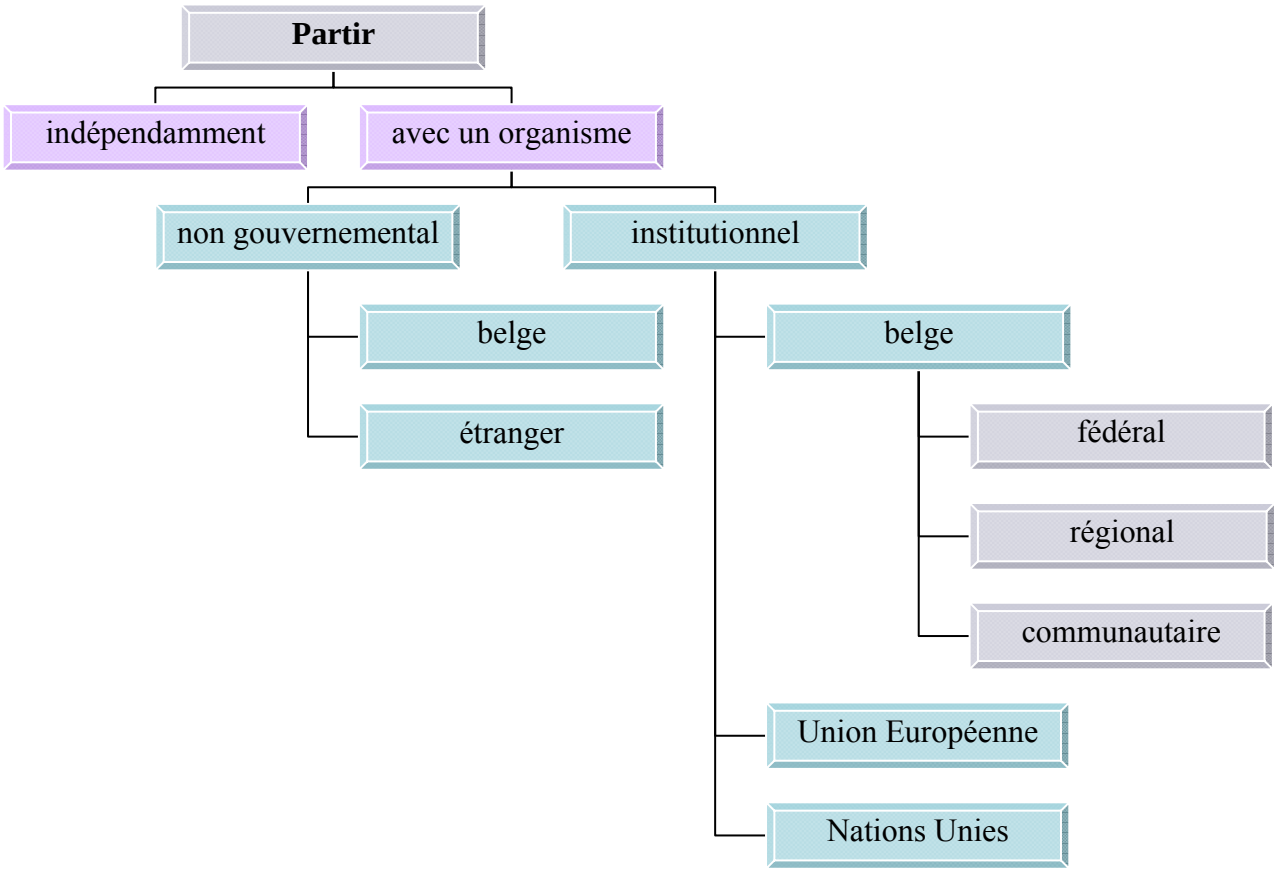
Répartition géographique de l'aide humanitaire de la DGCD (8)

Les Volontaires des Nations Unies et les Médecins coopérant dans le cadre du projet ECHO de l'UE se répartissent à travers le monde, ils mènent également un nombre important de mission aux frontières orientales de l'Union.

Les ONG d'urgence, quant à elles, sont présentes et se déplacent sur tous les fronts, au gré des évènements dans les zones de catastrophes naturelles (tremblements de terre, inondations, cyclone, famines et sécheresses, tsunami, …) et dans les zones de conflits et post-conflits ainsi qu'auprès des populations de réfugiés.

Finalement, il faut noter que, même s'il s'agit d'une démarche complexe, un projet humanitaire monté de sa propre initiative reste une possibilité intéressante de déterminer son lieu d'expatriation.

I.C. Le choix (ou non) d'un organisme



Le nombre et la diversité d'actions, de destinations, de philosophies et d'organismes gravitant dans le monde de la coopération médicale humanitaire peuvent laisser le généraliste dérouté en plein élan dans son désir de coopération internationale. Les possibilités offertes sont innombrables et possèdent des caractéristiques communes et spécifiques à chacune.

I.C.a. De nombreuses possibilités

Les projets personnels

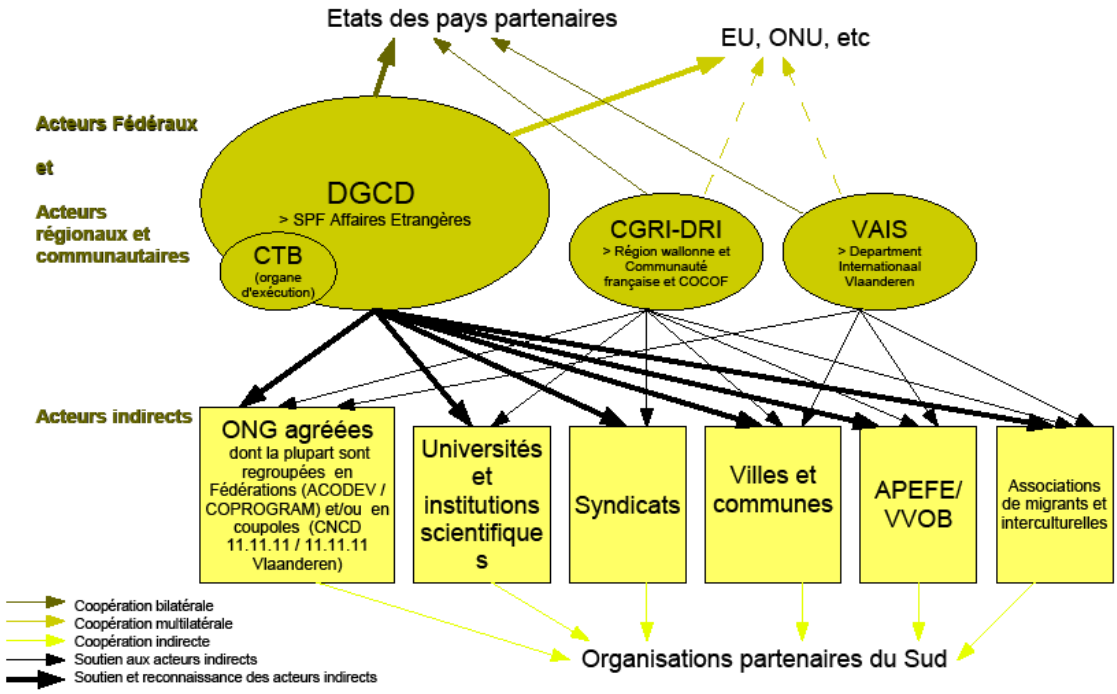
La première solution est de participer à un projet créé personnellement ou avec un certain nombre d'associés, possédant ses valeurs, ses moyens, ses objectifs et son organisation propre. Cette démarche est sans doute celle qui offre le plus de liberté de choix au médecin candidat à l'expatriation à condition qu'il participe directement à la prise de décision au sein du projet. Naturellement, il s'agit d'un projet à entreprendre de manière réfléchie et en ayant notion du fait que cette option est la plus complexe à mettre en place et la plus exigeante en temps, en investissement personnel et professionnel et en recherche de financement pour le médecin qui entreprend cette démarche.

Ce type de projet ne sera envisageable qu'à la condition de posséder une certaine connaissance du pays dans lequel le médecin veut se rendre et d'y avoir des contacts voire de collaborer à un projet ou une organisation locale sur place.

Les organismes institutionnels

La deuxième option vise à collaborer directement avec un organisme institutionnel de coopération au développement.

La coopération institutionnelle est répartie en plusieurs niveaux.



(9)

Au niveau belge, on distingue des projets de coopération émanant du fédéral via la Direction Générale de la Coopération au Développement (dépendant du Ministère des Affaires étrangères) et, dans une moindre mesure, une coopération à l'initiative des régions et des communautés (via la CGRI-DRI dans la moitié Sud du pays et le VAIS dans la partie Nord).

La Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) agit via la Coopération Technique Belge (CTB), son organe d'exécution, en mettant en œuvre des projets médicaux à l'étranger (notamment d'aide d'urgence, de réhabilitation et d'aide alimentaire) et en finançant ceux des ONG reconnues.

Il faut également noter que les universités (réunies au sein de la Commission Universitaire pour le Développement et du Vlaamse Interuniversitaire Raad), l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold et de nombreux syndicats professionnels participent également à des projets de coopération Nord-Sud notamment en finançant le départ de volontaires vers leurs missions à l'étranger.

Au niveau européen, l'Union agit de la même manière via ECHO (European Community Humanitarian Organisation) qui gère les projets d'aide humanitaire d'urgence et via Europe-Aid pour le reste des programmes.

L'ONU, quant à elle, agit via le Haut-Commissariat au Réfugiés, l'UNICEF, l'OMS, le Programme Alimentaire Mondial et le Programme des Nations Unies pour le Développement.

Les Organisations Non Gouvernementales

La troisième option, celle de la participation aux activités d'une ONG à l'étranger, est la plus souvent rencontrée par les médecins oeuvrant dans la coopération au développement, surtout lors d'une première expatriation, car elle reste la plus facile d'accès.

Les organisations non gouvernementales belges et étrangères (ONG ou plutôt ASI ou OSI, Association ou Organisation de Solidarité Internationale, terme préférée par le réseau associatif français) sont nombreuses et, malgré leur nombre, leur souci d'indépendance et leurs caractéristiques très diverses, souvent regroupées au sein de collectifs comme ACODEV (Belgique francophone), COPROGAM (Belgique néerlandophone) ou Coordination SUD (France).

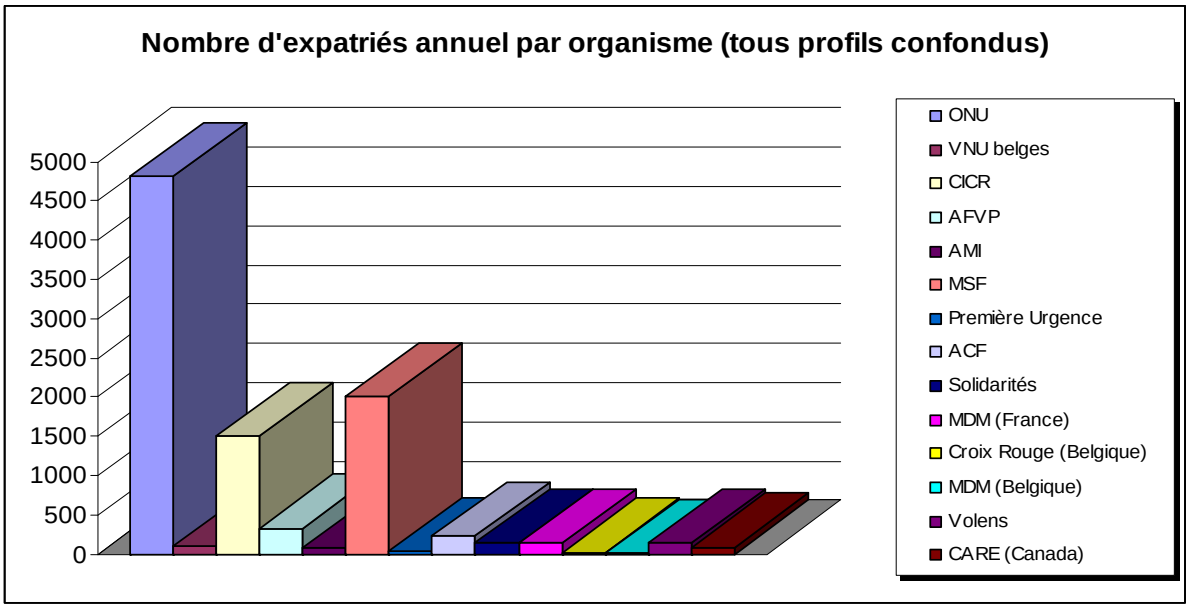
I.C.b. Les critères de choix

Parmi ces différentes options, chaque médecin pourra décider de son engagement en tenant comptes de leurs différentes caractéristiques.

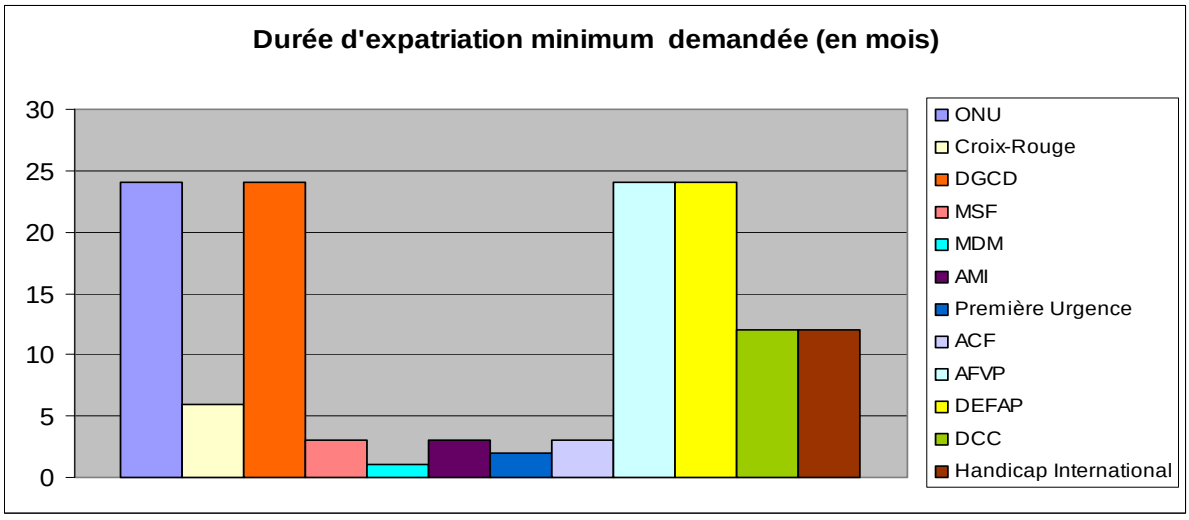
Premièrement, la nature du projet occupera une place centrale dans le processus de décision. La plupart des organismes sont présents dans plusieurs champs d'action et l'on distingue classiquement les projets d'urgence/réhabilitation (ONG les plus médiatisées : MSF, MDM, Croix-Rouge, Action Contre la Faim …) et ceux de développement (Association Française des Volontaires du Progrès, Délégation Catholique pour la Coopération, Département Evangélique Français d'Action apostolique Protestante,…). Dans cette perspective, le médecin donnera la préférence à un organisme dont il se sent " philosophiquement " proche et dont l'importance de la

structuration et de la médiatisation ainsi que la possibilité/nécessité d'y prendre rapidement des responsabilités conviennent à ses perspectives professionnelles et personnelles.

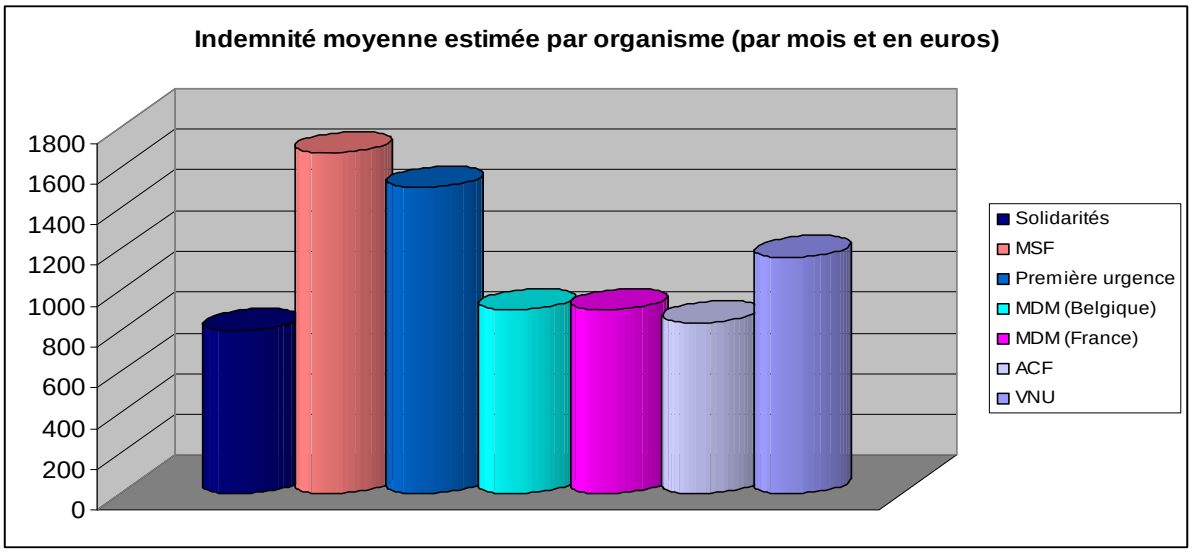
D'autres facteurs seront important dans ce choix et dépendront de la concordance entre les conditions d'expatriation offertes, les souhaits et les possibilités du médecin. On tiendra compte de la rémunération, du statut professionnel et de la durée du contrat proposés au médecin, des exigences de qualification demandées par l'organisme (pouvant varier d'un siège national à un autre) et de l'importance de son recrutement annuel qui varie grandement selon la taille de celui-ci.



(10)



(11)



(12)

I.D. La question du statut et du financement

Une des questions que se pose inévitablement le médecin envisageant une expatriation est celle du devenir de son statut légal une fois sur place et des conditions financières qui en découlent.

Contrairement au médecin indépendant, le médecin salarié en Belgique devra envisager les différentes possibilités suivantes avant son départ : celle de partir durant ses congés légaux, de suspendre (temporairement ou non) son contrat en Europe ou encore (plus intéressant) se renseigner auprès de son employeur sur la possibilité de se voir accorder un congé de solidarité internationale, statut de congé particulier pouvant intéresser ce dernier d'un point de vue image, communication, GRH, échanges de personnel, … et bénéficiant d'une déductibilité fiscale intéressante.

Quant au statut du médecin expatrié une fois sur le terrain, il dépend naturellement du type d'expatriation entrepris.

	Rémunération	Assurances	Sécurité sociale	Transport et frais sur place	Soutien financier au retour
Projet personnel	-	-	-	-	-
Bénévole	-	+/-	-	+/-	-
Coopérant	+	+	+	+	+/-
Salarié ONG	+	+	+	+	+
Salarié/fonctionnaire DGCD/UE/ONU	++	+	++	+	+

Légende :

-	À charge du médecin
+/-	Selon organisme et contrat
+	Pris en charge par l'organisme
++	Pris en charge par l'organisme et avantageux

I.D.a. Statut d'un projet personnel

Dans le cadre d'un projet personnel, aucun statut légal particulier n'entre en jeu pour le coopérant (il est en général considéré comme un touriste à moins de résider de manière prolongée à l'étranger et de dépendre alors directement de l'administration du pays d'expatriation), la gestion financière dépend de la structure du projet entrepris. Les assurances nécessaires devront être souscrites par le médecin lui-même notamment une assurance rapatriement (comprise dans le billet d'avion ou dans le contrat de souscription à certaines cartes de crédit ou à souscrire individuellement). Il devra également vérifier que ses assurances « responsabilité civile et professionnelle» couvrent les activités (médicales et autres) assurées à l'étranger. Sinon, il est parfois plus simple de souscrire une « assurance voyage intégrale » que de demander une extension à son assureur.

Encore une fois, ce type de projet, même s'il offre des possibilités infinies, demande un investissement personnel important et peut s'avérer extrêmement complexe à créer et à faire vivre. Néanmoins, certaines aides peuvent être accordées (à certaines conditions) et permettent la survie de nombreux projets indépendants. En effet, des bourses sont offertes, notamment par la DGCD (via la CTB), par certaines ONG (Croix Rouge, SLCD, Cemubac, Genagro, Louvain Développement, …), par les agences internationales (comme l'OMS, l'ONUSIDA, le PNUD, la Banque mondiale, la Banque Africaine de Développement, la Banque Asiatique de Développement, la Banque islamique de développement, …), par la Fondation belge de la Vocation, La Guilde

européenne du Raid ou encore par un prix de la coopération au développement récompensant un travail scientifique. Par ailleurs, le financement et l'aide offerts par une entreprise privée dans le cadre d'un partenariat de développement peuvent être des moteurs d'un projet humanitaire qui serait réalisé à l'initiative des médecins engagés.

I.D.b. Statut au sein d'un organisme

En ce qui concerne le généraliste s'engageant dans le cadre d'un contrat auprès d'un organisme humanitaire, plusieurs types de statuts différents existent : Coopérant, volontaire, salarié, étudiant, bénévole, pensionné, fonctionnaire, ou touriste. A chaque catégorie correspondent des conditions spécifiques quant à l'indemnisation, aux frais pris en charge par l'organisme et à la couverture sociale.

La législation belge est complexe et vient d'être réformée à ce sujet (13), on peut résumer la situation actuelle des statuts qui intéressent principalement le médecin généraliste comme ceci :

Bénévole

Un statut de bénévole, ne modifiant pas le statut légal du médecin, est proposé par de nombreux organismes, surtout par les innombrables ONG de petite taille. Si une rémunération classique est absente de ce statut par définition, certains frais peuvent être assurés (ou non) par les organismes humanitaires comme les billets d'avion, les assurances qui sont prises par l'association ou à charge personnelle (possibilités de déductibilité fiscales intéressantes pour le coopérant), le logement, l'intendance et le perdiem (somme d'argent local mensuelle destiné à couvrir les frais sur place non prévus directement par l'organisme et dépendant du coût de la vie sur le terrain).

Coopérant

Au sein des ONG, le statut spécifique de coopérant est le plus fréquemment rencontré pour les médecins et uniformise partiellement leurs conditions de travail. Ses principes sont un contrat à durée déterminée (pour la durée d'une mission par exemple), une allocation mensuelle de minimum 523,67 et maximum 1204,37 euros (9) brut par

mois (salaire versé soit mensuellement (parfois système de paiements retardé en début de mission et augmentant au cours de celle-ci) soit en totalité au retour) et une prise en charge par l'ONG plus ou moins étendue des différents aspects de la sécurité sociale (maladie, invalidité, allocations familiales, pension, frais médicaux, accidents, rapatriement, …), des frais sur place, des formations et de la période transitoire au retour (pour la réinstallation). A noter que ce statut de coopérant (parfois appelé statut de « volontaire » à l'étranger) peut varier, même au sein de l'UE, selon le pays dont dépend l'organisme.

Salarié

Le statut de salarié, quant à lui (salaire permanent pendant et entre les expatriations), reste assez rare mais tend à se développer au sein des ONG (La Croix-Rouge est le seul organisme à le proposer à tous ses volontaires) étant donné la professionnalisation des associations qui cherchent à fidéliser les médecins candidats à l'expatriation qui ont tendance à se lasser du statut de coopérant. Ce type de statut est donc essentiellement proposé aux médecins ayant déjà une expérience de terrain assez importante au sein de l'organisme concerné.

Le statut de salarié (voire fonctionnaire) dépendant d'une institution telle que la DGCD (statut d'attaché de la coopération au développement ou d'expert de la coopération bénéficiant d'un contrat à durée déterminée), l'UE ou l'ONU est un statut assez rare étant donné les conditions de recrutement très strictes et le nombre de postes limité mais qui présente un confort important malgré la lourdeur occasionnelle de l'administration concernée. Au sein de ces institutions, le voyage (ainsi que celui de la famille), les frais sur place, l'assurance vie et maladie (ainsi que des cours de langue) sont pris en charge. Une prime d'installation modeste est accordée ainsi qu'une indemnité mensuelle appréciable, des allocations familiales importantes, une prime de réinstallation et une possibilité de droit aux allocations de chômage au retour.

I.E. Les qualités et formations nécessaires

Après avoir acquit son Diplôme de Docteur en Médecine, le jeune praticien possède des qualités suffisantes pour intéresser certaines petites ONG ou pour décider de se lancer dans un projet qui lui est propre, ses compétences étant en général reconnues dans la plupart des PVD, moyennant éventuellement quelques examens à représenter.

Cependant, il est bon de savoir quels sont les outils et les qualités qui permettront au médecin de faire valoir son désir d'expatriation auprès des organismes et de fournir un travail efficace une fois sur place.

I.E.a. Expérience professionnelle

Une certaine expérience professionnelle est clairement préférée au sein de tous les organismes, généralement de minimum un à deux ans, ce qui peut correspondre dans la pratique à la durée habituelle du statut de Médecin Généraliste en Formation Professionnelle (assistanat d'une durée de deux à trois ans) suivi éventuellement d'une certaine durée de pratique médicale une fois la formation terminée. Cette nécessité d'expérience vise à garantir un niveau suffisant de compétences pratiques autant qu'une certaine maturité acquise au contact du monde du travail et à bénéficier ainsi de la crédibilité nécessaire auprès des interlocuteurs locaux.

I.E.b. Formations

Par ailleurs, une qualification complémentaire est fortement appréciée (et exigée dans la plupart des instances étatiques ou internationales et dans certaines ONG, d'autant plus que leur taille est importante).

Dès lors se pose pour le médecin généraliste la question du choix d'une ou plusieurs des formations proposées. Cette démarche de formation peut éventuellement se faire en cours d'assistanat. De nombreuses opportunités d'accroître ses connaissances et ses compétences dans les divers domaines de la pratique humanitaire existent. Outre les aspects pratiques inhérents à ces formations (durée des études, cours dispensés uniquement dans certaines villes, droits d'inscription financés personnellement, sur base

d'une bourse ou payés par l'organisme et implication en temps diminuant la capacité du médecin généraliste d'acquérir des revenus confortables voire de financer sa formation et son expatriation), le nombre et la diversité des possibilités disponibles peuvent laisser le médecin généraliste perplexe.

Un premier critère d'orientation du choix peut être déterminé en fonction des expériences ou des compétences déjà acquises et que le médecin généraliste voudrait approfondir et valoriser.

Ensuite, le choix peut se fonder en fonction des intérêts plus spécifiques (en terme intellectuel et en terme de type de projet envisagé) et de la vision que le praticien peut avoir de son travail sur le long terme que ce soit à l'étranger ou en Occident. En effet, il est important pour le médecin généraliste d'avoir conscience du fait que « partir », c'est aussi « revenir ». Les qualifications engrangées lors de la préparation d'une expatriation seront doublement valorisées si elles servent le médecin dans sa pratique humanitaire et dans sa pratique européenne.

Santé publique, médecine tropicale, épidémiologie et nutrition sont les spécialités qui intéressent le plus les organismes mais d'autres formations peuvent se révéler utiles aussi bien pour le médecin que pour l'organisme avec qui il travaille. Certaines de ces formations ne sont accessibles qu'à l'étranger notamment en France.

Une liste importante des formations existante en Belgique et à l'étranger (notamment en France) est reprise dans l'annexe C, parmi celles-ci on peut retenir plus particulièrement celles organisées par l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, à Anvers qui propose un Master en Santé Publique, plusieurs formations courtes et un *Post-Graduat en médecine tropicale et santé internationale*, cette dernière formation étant souvent utile voire nécessaire au médecin pour postuler au sein de nombreux organismes.

Les *Cycles d'information et d'orientation* organisés par la CTB et l'Iteco consistent en une réflexion sur les réalités politiques, sociologiques, économiques du Sud, sur le développement et les ONG, sur soi-même et l'éventualité d'un départ. Il s'agit de formations de courte durée fortement appréciées voire imposées par certains organismes.

Enfin, le *Centre d'orientation et de formation Bioforce Développement à Lyon* possède une réputation excellente au sein des ONG et dispense notamment des diplômes de logisticien et administrateur de la solidarité internationale ainsi que de

gestionnaire de projet. Bioforce délivre également des formations à la carte et fournit des services personnalisés d'orientation utiles avant et après l'expatriation (14).

I.E.c. Langues, technologies, expérience et qualités personnelles

Outre le fait d'avoir suivi l'une ou plusieurs des formations proposées, les organismes sélectionnent également leurs médecins coopérants sur base d'autres expériences et compétences pouvant se révéler utiles voire indispensables pour le généraliste une fois expatrié.

Une bonne connaissance des langues surtout du français et/ou de l'anglais (les langues les plus utilisées en mission) ainsi que du jargon médical s'y référant sont nécessaires étant donné les origines diverses des coopérants sur le terrain et au sein de la mission (surtout si l'organisme de coopération à un statut international). Des notions d'espagnol et de portugais sont également des atouts importants, tout comme pour le russe, le chinois ou l'arabe, ces langues pouvant être utiles entre coopérants mais surtout dans le cadre du contact avec les populations locales et de la relation aux patients.

L'usage de l'outil informatique étant très largement répandu dans les missions (rapports divers, analyse statistique, gestion de stock, gestion comptable et financière, recherche de ressources médicales en ligne, communication avec l'Europe, …), une bonne maîtrise de l'outil Internet ainsi que des programmes Word et Excel sous Windows est préférable. La capacité d'utilisation des outils de communication (radio, téléphone satellite, …) est également nécessaire mais s'apprend en pratique souvent sur le terrain.

Disposer d'un permis de conduire est évidement souhaitable étant donné l'importance des déplacements pouvant être effectués sur place et le manque d'infrastructures de transport en commun.

Toute expérience préalable sur le terrain ainsi qu'une implication bénévole en Europe auprès d'associations de solidarité tournées vers les pays en voie de développement sont appréciées au sein des organismes et permettent au médecin de mieux appréhender la réalité de l'expatriation et du travail dans le secteur associatif. A ce titre, l'Association pour le Volontariat (15) propose une aide à l'orientation et au

choix d'une association selon son profil et ses disponibilités ainsi que des formations à l'écoute et à la gestion d'équipe de bénévoles.

Enfin, certaines capacités personnelles interviennent de manière décisive dans l'évaluation des médecins candidats à l'expatriation. L'authenticité de la motivation humanitaire et la sensibilisation aux problématiques humanitaires sont bien sûr indispensables mais on demandera également au coopérant une disponibilité professionnelle au départ, une certaine condition physique et un équilibre psychologique, une capacité d'initiative, de décision et de gestion, des compétences relationnelles, de travail en équipe et pédagogiques, un goût pour l'interculturel, une capacité à gérer les risques, à résister au stress et à s'adapter aux situations rencontrées.

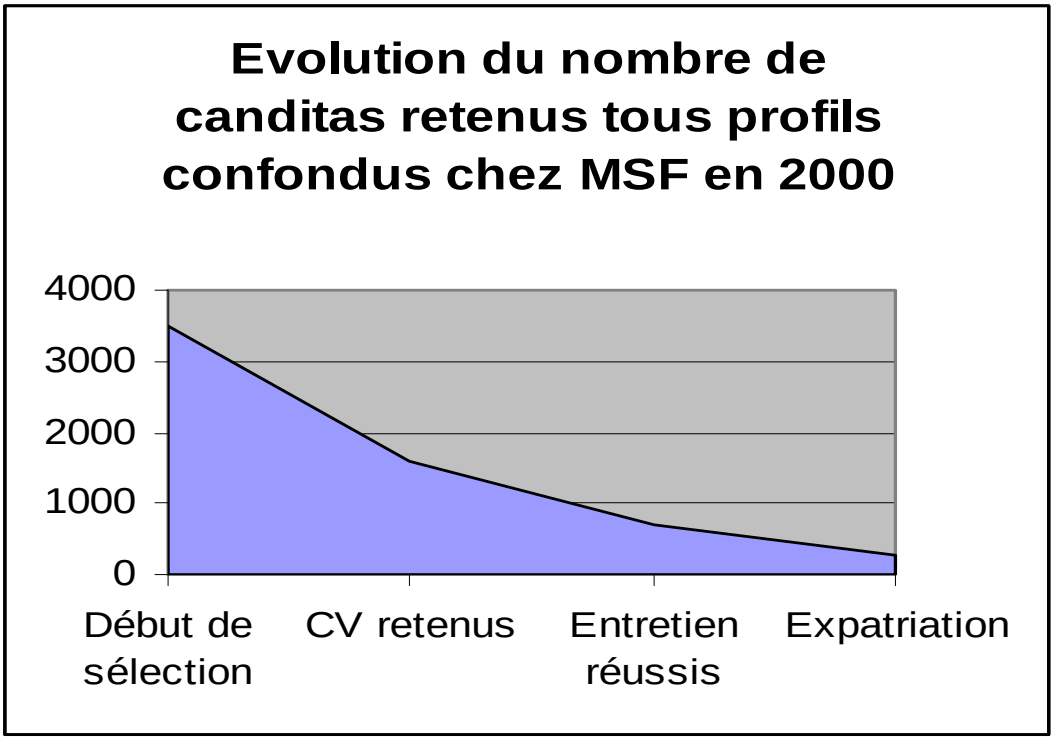
I.F. La filière de recrutement

I.F.a. Importance de la sélection

Reste au médecin généraliste qui souhaite partir dans le cadre d'une collaboration avec un organisme à persuader celui-ci de retenir sa candidature.

En effet, le nombre important de candidats à l'heure actuelle impose et permet aux organismes de procéder à une sélection. L'évolution du milieu va vers une réduction du nombre de nombre de coopérants (au total en 2007 en Belgique, il a eu 1100 à 1200 expatriés dont 385 coopérants pour toutes les ONG (9))**,** une professionnalisation avec une exigence plus marquée de spécialisation des médecins candidats ainsi qu'une attention plus importante accordée aux compétences, expériences et profils des médecins postulants.

A titre illustratif, on observe ci-dessous l'importance de la sélection réalisée chez Médecins Sans Frontières (16).

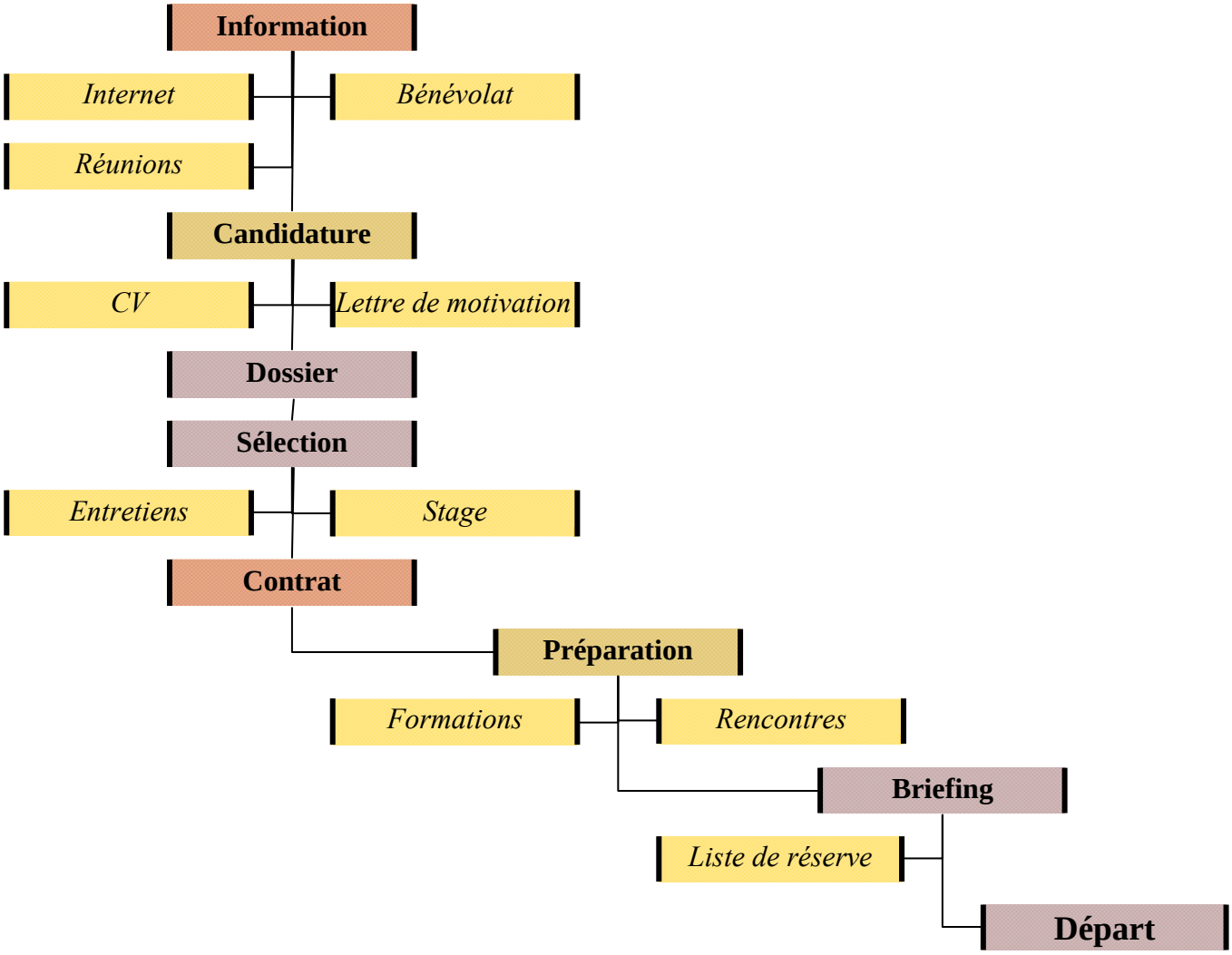


Néanmoins, ces chiffres doivent être fortement nuancés car ils concernent les candidatures tous profils confondus chez MSF (une association qui bénéficie d'un nombre important de candidatures étant donné sa large médiatisation et peut se permettre une sélection importante). On peut estimer qu'un candidat médecin généraliste diplômé (a fortiori avec une expérience de pratique à l'étranger et/ou une formation adaptée), suffisamment équilibré psychologiquement et ayant mûri sa réflexion et sa motivation concernant une expatriation a de très bonnes chances d'être retenu par l'une des organisations qui l'intéressent.

I.F.b. Etapes du recrutement

La procédure de recrutement des médecins pour une expatriation au sein des organismes humanitaires est variable selon que l'organisme est institutionnel (fédéral, UE, ONU, …) ou possède le statut d'ONG. Celle-ci est propre à chaque organisme mais de nombreux éléments communs s'y retrouvent.

Schématiquement, on peut représenter ainsi les différentes étapes que le généraliste parcoure classiquement lors de son recrutement.



La première étape consiste généralement, pour le généraliste intéressé, en une recherche d'information générale concernant le domaine de la coopération au développement, les organismes existants et les possibilités d'y travailler. Dans ce cadre, les ressources littéraires, électroniques et internet seront indispensables. Le médecin peut, si c'est possible, devenir membre, participer à des activités de certains organismes, s'abonner à leurs revues,… afin de mieux les connaître. Des réunion d'information pour les personnes intéressées par la travail humanitaire à l'étranger sont organisées par Acodev, Coprogram, MSF, MDM, Handicap International, …. Ces réunions permettent une présentation de l'organisation et des compétences recherchées

Le médecin peut ensuite émettre sa candidature spontanément ou en réponse à une annonce parue sur internet (via le site de l'association ou via des sites spécialisés notamment celui des réseaux d'ACODEV, du COPROGRAM, d'Ibiscus et de

Coordination Sud), dans la presse spécialisée (Nouvelles du Sud, Le Fraternitaire, Fonctions internationales, le Magazine des Français Expatriés, …) ou encore via le FOREM ou le VDAB. Il lui sera demandé d'envoyer son CV et une lettre de motivation au service de recrutement.

Un dossier éventuel à compléter peut être fourni au médecin candidat dont le CV a été retenu afin de mieux cerner ses compétences, ses souhaits et son profil et déterminer l'opportunité de répondre à sa demande.

Le médecin sera alors convié à un ou plusieurs entretien(s) au siège de l'association ou à un stage (journée ou WE) de sélection. Il rencontrera le gestionnaire des ressources humaines, le coordinateur médical, un psychologue, … de l'association afin de tester les compétences médicales, pratiques et humaines qui seront nécessaires sur le terrain

Après une procédure de sélection favorable, le médecin se verra proposer un contrat de travail reprenant les conditions de la convention d'envoi avec l'organisme.

Une préparation au départ est alors prévue par l'organisation d'une durée de quelques jours à plusieurs semaines, éventuellement sous forme de stage résidentiel interactif avec mise en situation sous la forme de jeu de rôle en équipe de postulants afin d'observer les compétences de travail en équipe de chacun. Les ateliers comprennent une formation au travail de l'association (ses valeurs, ses principes, son code de conduite) ainsi qu'au travail en équipe, une formation théorique aux problèmes de santé et à l'organisation du système de soins sur place ainsi qu'à leurs aspects culturels, une formation technique médicale et logistique (outils informatiques et de communication utilisés par l'association, gestion de la sécurité, …).

Les rencontres avec des responsables de l'organisation et avec des volontaires ayant participé à des missions peuvent être nombreuses au cours de cette étape.

Après un temps d'attente variable, un départ en mission est prévu parfois très rapidement (coopérant prévenu parfois seulement 48h avant le départ pour certaines missions d'urgence). Il est, dans la mesure du possible, précédé par une semaine de briefing sur l'organisation et les conditions de travail de la mission prévue.

Une mission proprement dite pourra être précédée par une mission exploratoire (évaluation des besoins et des ressources, contact et négociation concernant l'organisation de la mission avec les populations locales et les différents pouvoirs politiques et militaires en présence) à laquelle un ou plusieurs médecins, de préférence expérimentés, seraient éventuellement conviés.

Le délai entre le début de la procédure de recrutement et le départ est en général de quelques mois (parfois beaucoup plus court en cas de poste spécialisé urgent à pourvoir pour l'organisation ou de mission d'urgence).

C'est au début de l'année civile qu'on enregistre le plus grand nombre de départ étant donné que les ONG reçoivent l'approbation de leur budget en janvier et peuvent dès lors assurer le financement des expatriations prévues.

En l'absence de départ rapide, le médecin sera inscrit sur une liste de réserve qui sera souvent échangée avec les antennes des autres pays de l'organisme (dans ce sens, il peut être utile de postuler directement à l'étranger) et éventuellement avec d'autre organismes.

Certaines bases de données de généralistes volontaires sont gérées par différentes associations, notamment par les regroupements d'ONG tels ACODEV ou encore par Bioforce qui a créé récemment une base de données commune européenne sous l'appellation « Humanitarian Personnel Register Network » regroupant les candidatures reçues par un nombre important d'ONG européennes et permettant un échange entre elles. S'assurer que l'on est intégré dans ces bases de données peut être intéressant pour le médecin qui tarderait à se voir proposer un projet d'expatriation qui lui convient.

Ce délai, les contacts avec les organismes, les informations reçues, les formations suivies et les multiples rencontres permettent également au médecin de se remettre en question et de réévaluer sa motivation et son aptitude à travailler en équipe dans la coopération à l'étranger.

I.G. Les préparatifs pratiques

I.G.a. Généralités

Une fois sa mission planifiée, vient pour le généraliste le temps des préparatifs pratiques à son expatriation. Ceux-ci peuvent se mettre en place idéalement au cours des démarches précédant l'attribution d'une mission mais certains doivent parfois être réalisés dans l'urgence en cas de départ précipité.

Ces préparatifs, bien que pouvant être perçus par le médecin dans un premier temps comme assez excitants, peuvent se révéler complexes et fastidieux étant donné le peu d'adaptation du système administratif belge au statut d'expatrié.

Ses expatriations professionnelles, touristiques et naturellement humanitaires précédentes ainsi que les informations et formations que l'organisme peut lui offrir peuvent lui servir de guide mais chaque départ en mission doit être préparé en tenant comptes de ses spécificités, de sa durée, de la destination, du type et des conditions de travail sur place ainsi que de la situation professionnelle et personnelle du médecin au moment de quitter sa vie occidentale pour une durée importante.

La meilleure source d'information et de conseils à ce sujet est reconnue par les médecins expatriés une fois sur place comme étant le contact et les échanges avec les volontaires les y ayant précédé.

Néanmoins, certains préparatifs restent communs et sont importants à souligner vu les conséquences potentielles qu'une mauvaise préparation ou un oubli peuvent occasionner, aggravées par la difficulté de les gérer depuis une mission en PVD.

I.G.b. Assurances, transport et documents utiles

Les assurances nécessaires (responsabilité civile, assistance pénale, soins de santé, rapatriement, …) doivent être souscrites ou adaptées par le médecin avant son départ sur les conseils de l'organisme et des anciens expatriés. En pratique, les organismes reconnus ont l'obligation légale de fournir à leurs volontaires les couvertures nécessaires. Dès lors, les démarches personnelles du futur médecin expatrié (ainsi que ses dépenses) s'en révèlent fortement simplifiées (et réduites).

Il en va de même concernant les billets d'avion qui, à moins de trajets à destination d'un projet propre au généraliste ou réalisés dans le cadre de certains types d'engagement bénévole, sont généralement financés par l'organisme qui assume les démarches d'achat de ceux-ci.

Le futur expatrié devra se fournir auprès de son administration communale un passeport valable au moins six mois après la date du retour prévue. Les demandes de visas (de tourisme le plus souvent), quant à elles, sont en général prises en charge par l'organisme.

Il peut s'avérer utile (et prudent, étant donné le zèle de certains fonctionnaires étrangers) d'acquérir un permis de conduire international, disponible sur simple présentation du permis occidental auprès de l'administration communale.

I.G.c. Statut, finances et contact avec le pays d'origine

Les démarches personnelles et professionnelles dues au changement de statut (de celui d'indépendant ou salarié à celui de coopérant humanitaire expatrié) auprès d'éventuels employeurs (modification ou fin de contrat, …), de confrères et collègues (service de garde, associations, …), d'un éventuel bail locatif (en se posant la question du logement au retour), ainsi que des organismes financiers (prêts, gestion des biens, cotisations sociales,…), doivent s'entreprendre idéalement le plus tôt possible.

Ces démarches sont particulièrement complexes et entièrement réalisées par le futur coopérant sur base de sa situation et des conseils des professionnels des différents secteurs.

Il faudra ensuite confier ses démarches administratives et ses échéances de paiement à une personne de confiance ayant accès aux comptes en banque et aux documents officiels ainsi que bénéficiant d'une procuration pour la gestion de ceux-ci pendant l'expatriation.

Par ailleurs, être en possession d'une ou plusieurs cartes de crédit internationales ou de chèques de voyage permettent une indépendance vis-à-vis de son organisme et/ou des systèmes de transfert d'argent internationaux en cas de nécessité.

Afin de garder au mieux le contact avec son pays d'origine, le médecin pourra s'informer des systèmes de communication disponibles sur place (installés dans le cadre de la mission ou indépendants de celle-ci) et de leur fiabilité. Acquérir un GSM ou un ordinateur portable muni d'un abonnement compatible avec les réseaux de

communication internationaux est un excellent moyen d'assurer son indépendance vis-à-vis des services locaux souvent déficients.

I.G.d. Santé

D'un point de vue médical, les préparatifs sont également indispensables que ce soit du fait de leur obligation légale (vaccin contre la fièvre jaune, …) ou par mesure de précaution élémentaire. Ils ont néanmoins tendance à être négligés par les médecins expatriés qui, de manière générale, considèrent facilement comme facultatives pour eux les valeurs de santé qu'ils préconisent à leurs patients. Cependant, un problème de santé qui pourrait être aisément géré en Occident peut prendre une tournure catastrophique à l'étranger.

C'est pourquoi il est nécessaire au médecin expatrié de mettre à jour ses vaccinations (dont fièvre jaune, tétanos, diphtérie, polio, HAV/HBV, fièvre typhoïde et éventuellement rage, méningite, encéphalite japonaise, cholera, …) et d'envisager l'opportunité d'une prévention anti-malarique (sur conseil d'un confrère spécialiste en médecine tropicale), de se munir de sa carte de groupe sanguin, de réaliser un check up de base auprès d'un confrère médecin (et auprès d'un dentiste) avant le départ et de prévoir, étant donné son état de santé initial, les bilans nécessaires à réaliser et les quantités de médicaments (y compris contraceptifs et préservatifs) à emporter sur place pour assurer sa santé personnelle.

I.G.e. Culture et contact local

Finalement, il restera au médecin préparant son expatriation à rentrer en contact avec les expatriés de la mission sur place, à rechercher des informations par lui-même concernant tous les aspects de sa mission et de la vie sur place, les populations et les problématiques locales. L'apprentissage de rudiments des langues utilisées sur le terrain est une préparation qui peut s'avérer extrêmement enrichissante et utile une fois sur place, favorisant les contacts avec les populations locales, apportant une profondeur indispensable à la relation aux patients et simplifiant les démarches pratiques.

II. Sur le terrain

II.A. Le travail sur place

II.A.a. Rôles du médecin généraliste

Le rôle du médecin généraliste expatrié en mission dépend essentiellement du type de projet auquel il participe. Les valeurs, objectifs et moyens mis en place dépendront naturellement de la politique de l'organisme, de son origine, de son caractère gouvernemental ou non et de la situation du pays d'expatriation d'un point de vue politique, social, économique et environnemental.

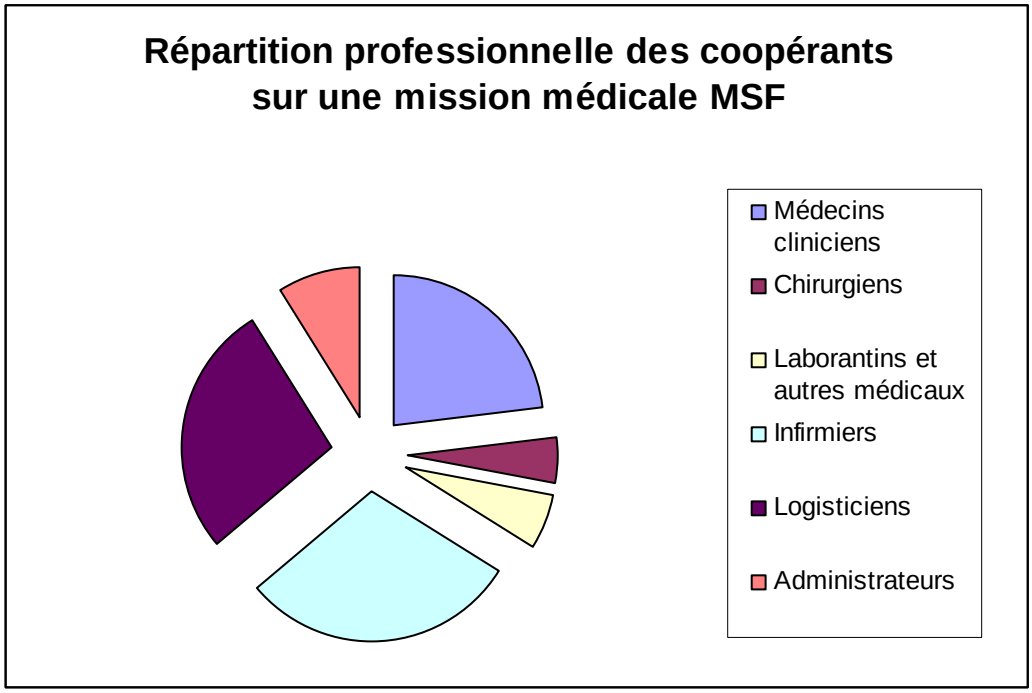
On distingue classiquement les programmes d'urgence, de post-urgence et/ou de développement à plus long terme même si les limites de ces différents concepts ne sont pas toujours bien définies.

Dans le cadre d'une mission humanitaire d'urgence puis de post-urgence, le médecin pourra essentiellement être chargé d'un travail médical clinique (pouvant acquérir une composante technique/chirurgicale importante dans certaines situations) mais aussi de logistique (mise en place d'infrastructures sanitaires de base si non existantes, évacuation des patients vers des zones sécurisées, gestion d'épidémies et famines au niveau des populations concernées).

Par ailleurs, les médecins seront progressivement amenés à procéder à un recrutement de personnel local aussi qualifié que possible afin de garantir le bon fonctionnement de la mission et la pérennité du projet une fois la phase d'urgence dépassée.

Si le médecin a opté pour un projet de développement à plus long terme, il pourra alors exercer un travail de soins (et éventuellement de laboratoire), de logistique (développement d'infrastructures sanitaires, gestions des médicaments, récolte et analyse de données épidémiologiques,…), de supervision et de formation du personnel local ou encore de lobbying politique.

Il faut noter que, pour les 2 types de mission, il incombe souvent au médecin le rôle de coordinateur de la mission médicale : fonction de chef de mission, responsable du programme de celle-ci, du personnel et représentant de l'organisme sur place en liaison avec le siège.



(16)

II.A.b. Types de projets

Le médecin mènera ainsi ces différents rôles en participant à des projets de santé publique et communautaire (lutte contre les épidémies, programmes de nutrition, santé maternelle et infantile, vaccinations, formation et éducation à la santé des populations locales, …), de partenariat médical, ou encore à des programme spécialisés (handicap, chirurgie, santé mentale, …) en collaboration avec d'éventuels spécialistes.

Dans le cadre du CICR ou d'autres associations indépendantes, il pourra mener des visites exploratoires en tant qu'expert pour évaluer le respect des Conventions de Genève et des Droits de l'Homme et apporter des soins en zone de conflit, dans les prisons ou les camps de réfugiés.

II.B. L'organisation de la vie quotidienne

Une fois arrivé sur place, une période de « tuilage » d'environ une semaine s'organise souvent pendant laquelle le médecin que l'on remplace accueille le nouveau venu, lui transmet son expérience et lui présente les différents intervenants sur place afin de passer le relais.

Le généraliste découvrira alors les conditions de vie dans le cadre de la mission.

Le choix du logement, en général assez moderne et répondant à un minimum des standards d'équipement occidentaux, est le plus souvent fait à l'avance par l'organisme.

Seul, on reprend en général l'habitation de son prédécesseur mais un isolement réel est assez exceptionnel.

Le plus souvent, il s'agit d'une vie en commun (jusqu'à vingt personnes) avec les autres expatriés (éventuellement d'un autre organisme si nécessaire) ou avec le personnel local. Selon l'importance de l'organisation, la prise en charge des tâches ménagères, de l'intendance,… pourra être assurée par du personnel local. La majeure partie des fournitures quotidiennes seront achetées sur place et les soins de santé gérés par les autres médecins expatriés ou par soi-même (avec les dangers de l'automédication) en tenant compte des risques locaux dans l'établissement des mesures d'hygiène et prévention.

En ce qui concerne le volet administratif de la mission, les documents nécessaires (prolongation de visa, autorisations diverses, …) seront obtenus auprès de l'ambassade ou du consulat du pays d'origine et des institutions du pays où la mission s'est installée. Les expatriés devront veiller à être en possession en permanence de toutes les autorisations légales utiles disponibles et photocopiées étant donné le chantage souvent exercé par les fonctionnaires et militaires locaux, notamment lors des déplacements.

Ces derniers sont classiquement confiés à des chauffeurs recrutés sur place mais un véhicule pour 3 expatriés est souvent mis à disposition pour les soirées et WE. Le

plus souvent des pick-up ou 4x4 sont utilisés, les trajets s'avérant longs et lents étant donné l'état des routes.

La radio et le GSM sont généralement utilisés dans le cadre des communications locales, les contacts internationaux et notamment avec le pays d'origine (siège de l'association ou contacts privés), quant à eux, s'organisent (avec plus ou moins de difficulté) par Internet, courrier postal, GSM ou téléphone satellite.

II.C. Les risques (et la prévention de ceux-ci)

Certains risques particuliers peuvent survenir de manière plus ou moins prévisible au cours d'une mission et poser question au médecin qui s'engage à l'étranger.

La connaissance et la compréhension de ces risques sont les meilleurs moyens de les éviter ou en tout cas de les réduire drastiquement. Il sera donc nécessaire de s'informer sur les risques existants et les ressources développées par l'organisme pour les gérer. Des règles et des guidelines existent et doivent être respectées. Par ailleurs, les conseils des expatriés expérimentés et des populations locales constituent des ressources essentielles mais le bon sens et l'évaluation des situations restent décisifs. En effet, le médecin demeure le gardien ultime de sa propre sécurité et il lui reviendra la responsabilité de définir les limites qu'il serait trop dangereux de dépasser pour lui-même et pour les personnes dont il est responsable.

II.C.a. En mission de développement

Les missions de développement présentent peu de risques hormis ceux inhérents au pays d'expatriation qui sont essentiellement liés aux transports et aux problématiques de santé.

Les accidents de la route représentent la première cause de mortalité des expatriés. Ceci est du au mauvais état des réseaux, au manque d'entretien des véhicules et surtout à la conduite des expatriés qui roulent vite et mal dans des pays où il y a peu

de circulation et pratiquement pas de code de la route. L'utilisation de véhicules à quatre (plutôt que deux) roues, l'entretien de ceux-ci, la sensibilisation à ce problème et surtout le fait d'engager des chauffeurs locaux expérimentés sont les mesures qui permettent de limiter ce risque.

Par ailleurs, certains risques caractéristiques de la région d'expatriation (exposition majorée aux virus HIV/HBV/HCV, pathologies tropicales, …) ajoutés au problèmes de santé éventuellement présents avant le départ sont à prendre en compte avec sérieux lors de la préparation au départ et une fois sur place étant donné les conditions d'hygiène souvent inférieures aux standards européens et les ressources sanitaires limitées en cas de nécessité.

II.C.b. En mission d'urgence

Outre les conséquences d'une éventuelle explosion des forces de la nature, les missions d'urgence présentent des risques nettement plus importants vu les situations précaires dans lesquelles elles se déroulent et le fait que la présence de la mission entraîne des interactions avec le milieu environnant.

Généralement, l'image humanitaire reste plutôt respectée et peu d'attaques ciblées contre les coopérants sont observées proportionnellement à l'ampleur des menaces potentielles pour le commun des mortels sur place. Néanmoins, des accidents peuvent survenir essentiellement suite à des lacunes de sécurité et, occasionnellement, des humanitaires peuvent être directement visés.

<u>Risques existants</u>

Les types de menaces rencontrées peuvent être liés au contexte politique et, quant elles ne sont pas accidentelles, constituer éventuellement une représaille, une intimidation ou viser à porter atteinte à l'image que véhicule l'organisme. On retrouve dans cette catégorie de menaces et de risques, l'incarcération et l'usage d'arsenal militaire (bombardements, fusillades, minage des routes, …).

D'autres risques sont d'avantage liées au contexte économique et social et peuvent consister en des vols à main armée, des pillages, des agressions (éventuellement à caractère sexuel) et des prises d'otage avec rançonnement.

Précautions

Face à ces menaces, qu'il faut encore une fois relativiser (à titre indicatif, dans les années 1990-2000, concernant les VNU, on comptait une moyenne de 25 membres de cette organisation assassinés par an et 22 pris en otage(16)), certaines mesures doivent être prises.

On observe que la sécurité dépend de la manière dont les coopérants sont perçus par les populations locales, de leur comportement par rapport à celles-ci et de leur capacité à écouter et à donner une image neutre, humble et professionnelle. Une bonne connaissance des législations internationales (Conventions de Genève et d'Ottawa et textes qui y sont liés (17)) permettra de les faire valoir pour se défendre en cas de menace.

Par ailleurs, un certain degré de vigilance et d'anticipation des risques et des mesures de protection disponibles sera nécessaire, surtout en zone de conflit. Le médecin apprendra à reconnaître les signes d'inquiétude de la population locale (marchés presque vides, rues désertes, personnel local refusant d'accompagner les expatriés dans un endroit déterminé) et à suivre les informations données par les médias locaux.

Une certaine tendance actuelle vise à renforcer la sécurisation des missions allant parfois jusqu'à faire protéger les centres de soins par du personnel local armé et à rapatrier le personnel de façon temporaire ou définitive en cas de menace grave pour leur sécurité

II.D. Les richesses et les difficultés du vécu sur place

Les médecins revenus en Europe après une ou plusieurs expatriations s'accordent sur deux choses : premièrement, le vécu personnel sur le terrain est souvent éprouvant pour le psychisme de l'expatrié ; ensuite, les expériences vécues, quoique parfois difficiles sur le moment, constituent un enrichissement personnel incomparable et laissent des souvenirs positifs durables au coopérant.

II.D.a. Une pratique différente

.

La pratique médicale sur place peut être enthousiasmante (travail à différents niveaux, prise de responsabilités importantes) pour le généraliste habitué à une pratique occidentale mais aussi parfois exigeante, déroutante, voire frustrante.

En effet, les horaires de travail souvent importants, surtout en mission d'urgence, et les moyens limités peuvent obliger le médecin à pratiquer une médecine de mauvaise qualité à ses yeux. De plus, les guidelines médicales peuvent être déconcertantes étant donné la nécessité de les adapter aux ressources, à la situation régionale et à la dimension culturelle des patients

Le médecin peu expérimenté dans la pratique humanitaire peut dès lors se sentir inutile dans un premier temps et se voir considéré comme un fardeau par le reste de l'équipe.

De plus, le médecin coopérant peut se retrouver confronté à une certaine inertie voire un opposition administrative (locale ou occidentale) et forcé d'agir dans une certaine illégalité. Il peut également parfois se rendre compte que les impacts de sa pratique ne sont pas neutres politiquement et peuvent servir indirectement une cause qu'il ne souhaite pas cautionner (le médecin peut par exemple prendre en charge les soins à des réfugiés parmi lesquels d'anciens génocidaires se sont cachés, son témoignage peut être manipulé par ou pour les médias (18), la mission peut rentrer en conflit avec d'autres organismes humanitaires ou être dépendante, contrôlée ou même manipulée par un mouvement politique et se retrouver confrontée au choix difficile d'arrêter ses activités d'aide au population afin de ne pas les desservir indirectement(19)).

II.D.b. Des contacts interpersonnels riches mais parfois difficiles

La relation avec les populations prises en charges est souvent très enrichissante pour le médecin et peut lui apporter la découverte d'une spiritualité , d'une philosophie, d'une relation au monde et d'un mode de pensée différents mais le médecin peut se sentir frustré par les limites imposées à sa communication avec celles-ci notamment dans le cadre de la relation médecin-patient (20) et surtout dans les missions d'urgence (barrière de la langue, impossibilité de se mêler à la vie locale pour raisons de sécurité, représentation culturelle de la médecine différente de celle du médecin, peu de place

pour le consentement éclairé du patient, manque de reconnaissance de l'action d'une mission mal comprise ou inadaptée).

Un sentiment d'impuissance face à des situations émotionnellement difficiles à supporter et de futilité de son action peut naître en lui lorsqu'il se trouve confronté à la difficulté de répondre aux demandes parfois disproportionnées des patients par rapport à ses ressources. Malgré tout, la satisfaction obtenue de certaines réussites ponctuelles peut lui donner l'élan nécessaire pour poursuivre son engagement et, dans l'ensemble, les médecins de retour en Europe interrogés éprouvent généralement une satisfaction vis-à-vis des relations créées avec la population locale (21).

II.D.c. Un cadre de vie stimulant

De plus en plus, les ONG portent une attention particulière aux expatriés en essayant de leur fournir un lieu de vie confortable et tranquille afin de leur permettre de se détendre au retour du travail. Néanmoins, les conditions de vie restent souvent rudimentaires et le médecin peut souffrir régulièrement du mal du pays.

Si une coopération isolée peut permettre une intégration plus rapide auprès des populations locales, elle est souvent difficile vu le manque de référence à ses origines, la communication difficile avec ses proches et la difficulté d'échange de son vécu.

La vie au sein du groupe de coopérants peut quant à elle être source de joie, de rencontres, d'enrichissement et de soutien mutuels mais elle peut également s'avérer pesante. En effet, le contexte de travail parfois difficile, le manque d'intimité, les intérêts, motivations, attentes, visions politiques et cultures différentes peuvent entraîner des conflits entre les cohabitants

Dans tous les cas, pouvoir prendre du temps pour soi est essentiel et une excursion à la capitale du pays pour se détendre et profiter des loisirs qui y sont disponibles ainsi que pour rencontrer d'autres occidentaux peut constituer une bouffée d'air frais pour le coopérant. Au bout de quelques mois, et particulièrement pour les missions difficiles, une semaine de break (sur le terrain ou en retour au pays) peut être proposée au coopérant, voire imposée par l'organisme.

II.D.d. Un retentissement psychique non négligeable

De par la nature même de l'action humanitaire, les capacités physiques et l'équilibre psychique des médecins expatriés sont donc mis à l'épreuve. Différents types de stress consécutifs à l'urgence, la rapidité d'intervention, la fatigue, la peur, les frustrations, la violence sous toutes ses formes, l'état d'alerte permanent ou encore à des questions existentielles ou concrètes concernant son statut professionnel, sa santé, sa situation financière, sociale et familiale en Occident peuvent nuire au travail et à l'équilibre psychologique du médecin expatrié.

Les signes précurseurs des conséquences néfastes de ce stress (troubles du sommeil, irritabilité, burnout, consommation d'alcool majorée…) devront éventuellement être reconnus par le médecin et ses collègues et entraîner des modifications (au moins temporaires) dans les conditions de travail et de vie du coopérant, voire un prise en charge psychologique afin de préserver le bon fonctionnement de la mission et la santé mentale du médecin. Néanmoins, en cas d'inadaptation totale du coopérant au travail de terrain, un retour forcé en Europe sera décidé.

.

III. Le retour

III.A. Aspects pratiques

Déjà bien avant le départ, au moment de celui-ci ainsi que pendant toute la mission, le retour doit déjà être pensé régulièrement et préparé par le médecin. En effet, si le départ est souvent une étape bien organisée, le retour se passe parfois difficilement, surtout s'il n'a pas été préparé auparavant. Il s'agit d'une période de transition caractérisée par une reprise de contact avec la réalité occidentale, d'autant plus longue et difficile que l'expatriation fut prolongée.

III.A.a. Debriefing

Dans le cas d'un retour au pays après une expatriation dépendant d'un organisme humanitaire, le généraliste sera assez rapidement invité pour une réunion de debriefing de la mission au siège de l'association, un rapport écrit de son expatriation et une participation à la formation de ses successeurs sur le terrain pourront lui être demandés. Ce moment pourra être mis à profit pour envisager avec l'organisme les aspects pratiques du retour en Europe pour le médecin d'un point de vue personnel, logistique et professionnel ainsi que les souhaits du médecin concernant son avenir au sein de l'organisme et de la coopération humanitaire au sens large.

Une aide limitée est souvent fournie par l'ONG pour la réinssertion, elle est surtout développée dans les ONG de développement. L'AFVP par exemple propose trois jours comprenant bilan médical, informations pratiques, sociales et administratives, et stage de réintégration professionnelle. Les organisations chrétiennes de développement (DCC, DEFAP, SCD) se sont regroupées pour proposer un WE de bilan. Enfin, l'association Bioforce propose un service d'encadrement de haute qualité au retour (mais à financer par le coopérant ou son organisme).

III.A.b. Finances et logement

D'un point de vue strictement financier, le salaire éventuel perçu pendant la mission sur le compte en banque belge du médecin reste disponible pour assurer les besoins en attendant de recommencer à travailler ou de repartir. Il permettra au médecin de reprendre par lui-même la gestion de ses finances plus confortablement après l'avoir confiée à un tiers pendant son absence.

.

En ce qui concerne le logement, l'idéal est de conserver le sien pendant toute la durée de l'expatriation (cfr dates de départ et de retour souvent peu précises) éventuellement en le sous-louant à une connaissance. Dans tous les cas de figure, s'assurer de la possibilité d'un logement temporaire en cas de retour imprévu au pays est nécessaire. Diverses associations, notamment L'Association des Volontaires et Expatriés de la Solidarité Internationale ont mis en place un réseau de logements entre deux missions entre particuliers, volontaires et ex-volontaires.

III.A.c. Statut professionnel

D'un point de vue professionnel, si le médecin souhaite reprendre (au moins temporairement) une activité médicale en Belgique, se pose le problème de la reconnaissance de son statut auprès des instances contrôlant la pratique médicale.

Au-delà des démarches nécessaires à tout début de pratique en Belgique (inscription à l'Ordre des Médecins compétent, participation au rôle de garde, …), les questions de son agrément et de son accréditation soulèvent beaucoup d'interrogations pour le médecin fraîchement revenu au pays.

<u>Agrément</u>

Si le médecin n'avait pas entièrement terminé sa formation professionnelle en médecine générale, il faut savoir que les années passées dans le cadre de la coopération au développement ne sont reconnues comme années de stage qu'au quart du temps passé à l'étranger et sous certaines conditions. Il pourra dès lors reprendre et terminer son assistanat auprès d'un maître de stage belge.

La loi stipule par ailleurs que pour conserver son agrément, le médecin doit au minimum une fois sur la période des cinq années précédentes totaliser individuellement au moins 500 contacts-patients par an en Belgique. Ce critère peut poser problème au médecin qui reviendrait d'une expatriation prolongée, contraint alors à recommencer une formation en médecine générale de deux ans auprès d'un maître de stage. Néanmoins, une dérogation spéciale selon certains critères est prévue si le manque de pratique en Belgique est consécutif à un travail dans le cadre de la coopération au développement (22).

Accréditation

Du point de vue de l'accréditation, elle pose en général problème au médecin à son retour étant donné qu'elle n'est accordée qu'à condition que celui-ci possède un seuil d'activité d'au moins 1250 contacts en Belgique pendant l'année précédente. Aucune dérogation ne semble prévue concernant le travail dans la coopération au développement. Par contre, si l'expatriation a eu lieu lors de sa formation professionnelle ou peu après celle-ci, le médecin peut rester accrédité étant donné que ce critère n'est pas d'application pendant les trois premières années de pratique. Un deuxième critère qui pose problème dans le cadre de l'accréditation est la nécessité de formation continue, rarement suivie par les humanitaires, les formations à l'étranger n'étant pas validées (23). De nombreuses ONG font actuellement du lobbying au niveau fédéral pour faire mieux reconnaître et valider les années de pratique humanitaire même s'il est vrai que certaines lacunes apparaissent en cas d'expatriation prolongée, notamment concernant la connaissance des critères de remboursement des soins de santé.

Tout généraliste aura la possibilité de reprendre un travail indépendant ou salarié classique mais s'il possédait un statut de salarié pendant l'expatriation, d'autres possibilités existent: il pourra, à certaines conditions, poursuivre son travail au siège de l'association ou bénéficier d'allocations de chômage.

Finalement, un check-up médical ciblé sur les risques rencontrés en mission ne devra pas être négligé par le médecin quels que soient ses projets pour l'avenir.

III.B. Vécu personnel du retour (et ses difficultés)

Le moment du retour au pays est souvent attendu, avec certains espoirs et certains doutes, par les médecins. On est souvent heureux de retrouver sa terre natale et ses racines. Une période de retrouvailles avec les proches et d'échange sur les expériences vécues s'installe alors.

Mais un choc culturel plus ou moins important surgit à chaque retour du coopérant expatrié: il aura l'impression de redécouvrir son pays avec un regard différent sur la pratique médicale et la vie quotidiennes. Une réadaptation au mode de vie du médecin en Occident ainsi qu'une reconversion morale et professionnelle lui seront nécessaires mais parfois difficiles, certains expatriés se retrouvant dans une telle difficulté de rentrer en Occident qu'ils enchaînent les missions à l'étranger, fuyant ce retour redouté.

III.B.a. Aspects émotionnels

A son arrivée en Europe, le médecin quitte un projet où il a vécu poussé à l'extrême et lors duquel les émotions ont été décuplées par l'investissement qu'il y a engagé. S'il en retient presque toujours beaucoup de satisfaction personnelle et professionnelle, des questions se posent concernant l'avenir du projet et des personnes (collaborateurs, patients et autres) rencontrées sur place.

Par ailleurs, deux tiers des médecins de retour déclarent qu'ils éprouvent *un fort décalage entre leur expérience et la façon dont leur entourage l'accueille* (2). Il leur sera dès lors parfois difficile d'exprimer leur vécu notamment concernant certaines missions d'urgence ou en zone de conflit soit par crainte de n'être pas correctement compris soit par souhait d'épargner leurs proches, de ne pas les inquiéter sur les risques qu'ils ont encouru, les expériences qu'ils ont vécu, …

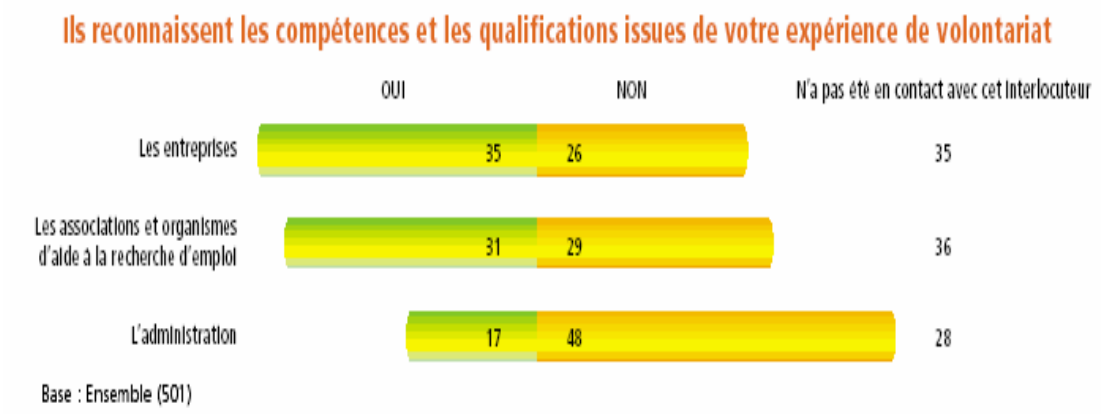
Dans le même temps, il faut au médecin se réadapter aux réalités culturelles occidentales et prendre de la distance par rapport à la charge émotionnelle accumulée sur le terrain.

III.B.b. Aspects professionnels

La reprise d'une pratique médicale plus classique peut paraître difficile et peu enthousiasmante par la crainte d'une répétitivité, d'un fonctionnement institutionnel et hiérarchique ou d'un manque de sens en comparaison au travail de coopération internationale.

Le médecin devra envisager sa pratique occidentale en fonction de son caractère (les humanitaires sont réputés être des personnalités fortes, exigeantes sur leur travail et aimant prendre des responsabilités), de sa formation et de ses acquits.

La reconversion professionnelle peut poser quelques problèmes à l'ancien expatrié. En effet, la connaissance que les administrations ont du statut de volontaire est défaillante (24) et on observe une certaine *contradiction entre la haute valeur morale donnée par le grand public à l'action humanitaire et la faible valeur octroyée à l'action humanitaire, tant du point de vue statutaire que dans le cas d'une reconversion au sein d'un autre secteur d'activité professionnelle* (25).



(2)

Il faudra donc au médecin de retour une bonne dose de patience et de persuasion pour convaincre tout un chacun de ses qualités acquises à l'étranger et notamment ses futurs patients, confrères ou employeurs éventuels qui peuvent redouter de sa part un manque d'adéquation avec la culture et les valeurs des institutions belges, une difficulté à en accepter les contraintes, une perte d'expertise et de compétences ou une instabilité psychologique et professionnelle (26).

III.B.c. Ressources

Afin d'aider le généraliste dans ce chemin de réintégration, différentes ressources existent. Certaines publications sont disponibles et listées dans l'annexe D. Un débriefing psychologique et une aide à la reconversion sont souvent proposées par les organismes et des réseaux d'entraide ont été créés (Résonance humanitaire, le Centre de Psychologie humanitaire, …) proposant des annuaires d'anciens et l'accès à des bases de données, l'organisation de parrainages, d'espaces de rencontres et d'échange de témoignages ainsi que des services d'assistance administrative adaptés.

III.C. Et après?

Une fois de retour, le médecin peut être tiraillé entre deux options : reprendre une activité en Europe ou repartir sur le terrain.

On observe qu'après une première mission, un peu moins de la moitié des expatriés renouvellent l'expérience.

III.C.a. Repartir ?

En cas de nouveau départ, le médecin peut souhaiter prendre d'avantage de responsabilités au sein des missions de l'organisme ou partir avec un statut plus confortable financièrement.

Par ailleurs, la mobilité entre les différents organismes est très importante, l'expatriation en elle-même étant perçue comme plus importante que la fidélité à un organisme déterminé. Le médecin peut également être à la recherche d'un organisme lui offrant un statut plus compatible avec ses choix de vie ou dont l'idéologie et les activités lui conviennent mieux. Souvent, pour ces raisons, on observe un mouvement des missions d'urgence vers celles de développement et des petites vers les grandes ONG internationales (salaires souvent supérieurs aux normes franco-belges, professionnalisme important) ou vers des organismes étatiques (rémunérations, moyens

d'intervention et programmes importants mais compétition pour l'accès aux postes rude et carriérisme assez généralisé) .

Cependant, l'attente entre deux missions peut-être assez longue et mise à profit par le médecin pour s'assurer des réserves financières suffisantes (remplacement médical, gardes, travail à durée limitée dans des institutions hospitalières, en maison médicale ou dans d'autres types de projets de santé) ou pour parfaire sa formation.

Après plusieurs missions, la possibilité de faire carrière dans l'humanitaire peut intéresser le médecin généraliste. Cette option existe de plus en plus, vu la professionnalisation du secteur. Pour les postes de terrain, l'évolution professionnelle peut être très rapide notamment concernant la prise de responsabilités, l'implication dans la gestion des programmes jusqu'à prendre la coordination de tout un programme régional éventuellement en travaillant au siège mais en se rendant sur le terrain régulièrement. Néanmoins, même dans ce cadre, les rémunérations plafonnent assez vite. Il faut par ailleurs admettre que ce choix consiste en un changement réel d'orientation professionnelle et reste rare, la durée d'engagement moyenne dans l'action humanitaire à l'étranger étant de deux ans (2) car beaucoup de volontaires considèrent celui-ci comme une parenthèse dans leur vie personnelle et dans leur parcours professionnel.

III.C.b. Pratiquer en Europe ?

Au bout d'un certain temps, la caractère « exotique » de l'engagement peut être dépassé et d'autres impératifs se développer comme la nécessité de retourner à ses origines occidentales (d'un point de vue relationnel, culturel, …) ou encore le changement de situation familiale (désir d'enfant, engagement envers un conjoint difficile à gérer de l'étranger, …), par ailleurs le statut financier peu confortable de coopérant (et l'absence de retraite) pèsent dans la balance.

Certains reprennent alors leur pratique précédente (avec la nécessité de se (re)créer un cadre de travail et une patientèle), d'autres se réorientent professionnellement ou reprennent des études dont l'accès peut être parfois plus simple (critères d'inscription moins exigeants, possibilités de bourse) si l'on a une expérience à l'étranger.

Néanmoins, la plupart des anciens expatriés cherchent à garder un œil dirigé vers l'étranger ou un contact avec une forme d'engagement humanitaire. Concrètement, cela peut signifier travailler au siège de l'ONG (les places y sont cependant limitées et généralement réservées aux administratifs mais une compétence médicale associée à une bonne capacité d'encadrement et de coordination peut être intéressante pour l'organisme) ou participer aux activités de l'organisme dans le pays d'origine. Pour certains, une implication politique peut également représenter une suite logique à leur engagement sur le terrain.

III.C.c. Une possibilité d'avenir ?

Dans les faits, concilier sur le long terme une pratique de médecine générale relativement continue en Belgique avec des expatriations humanitaires occasionnelles reste donc un défi étant donné la difficulté d'assurer un suivi régulier de ses patients mais certains groupes de réflexion (notamment au sein de la Fédération des Maisons Médicales (27)) s'intéressent à l'apport des relations Nord-Sud pour la médecine générale en Belgique et travaillent à l'heure actuelle sur les possibilités d'avenir pouvant permettre une meilleure adéquation entre l'activité de médecin généraliste en Belgique et une volonté de coopération au développement.

Conclusion

Le médecin généraliste qui envisage de s'expatrier peut donc le faire pour des raisons diverses dont il devra considérer le bien fondé. Le temps relativement long qui peut séparer cette décision du moment de départ sera pour lui l'occasion de remettre celles-ci en question et, soit de remplir les différentes obligations que nécessitent cette préparation en tenant compte de ses projets, de ses attentes mais aussi des contraintes pratiques à l'expatriation, soit de réenvisager celle-ci, voire d'y renoncer.

Une fois en mission humanitaire sur le terrain, les expériences vécues marquent profondément le médecin, lui permettant souvent d'élargir sa pensée et ses pratiques médicales et personnelles mais pouvant parfois mettre en danger son intégrité physique ou psychique.

Le retour à la réalité occidentale sera donc une étape que le généraliste devra négocier avec intelligence, idéalement en préparant celui-ci dès avant son départ et en valorisant les acquits professionnels et privés issus de sa vie sur le terrain humanitaire.

Ces deux types de pratiques médicales, européenne et expatriée, peuvent être enrichissantes au même titre l'une que l'autre. Malheureusement, elles restent encore trop souvent considérées comme opposées, le choix de l'une excluant au moins temporairement l'autre.

Le projet d'une médecine générale qui se voudrait accessible à tous en Europe tout en gardant simultanément l'esprit ouvert vers une solidarité internationale est bien réel. Il se concrétise, pas à pas, à travers le témoignage de tous les médecins qui partent et reviennent, à travers tous les projets pilotes, les colloques, les groupes de travail, les réunions informelles qui s'organisent à ce sujet.

La pratique de première ligne des années à venir reste à inventer. Espérons qu'elle fera le choix d'une ouverture d'esprit et d'une solidarité à grande échelle plutôt que celui d'un repli sur ses acquits, ne considérant ses objectifs et ses possibilités d'épanouissement qu'au sein de frontières administratives.

Bibliographie

Notes

1) Propos d'Alain Boinet, président de l'ONG Solidarités cité dans *« Metro* », édition principale du 18/05/2006, p.8.
2) Synthèse du colloque européen de l'éthique humanitaire *« Etikuma »* des 6 et 7 octobre 2005.
3) *« Enquête IPSOS pour le CLONG Volontariat »*, Février 2004, citée dans la synthèse du colloque européen de l'éthique humanitaire *« Etikuma »* des 6 et 7 octobre 2005.
4) Président de MSF de 1982 à 1994
5) Phénomène décrit par Pascal Bruckner dans *« Le Sanglot de l'Homme Blanc »*, éd. du Seuil, coll. *« L'histoire immédiate »,* 1983.
6) D'après *http://acodev.be/* pour la répartition des coopérants expatriés d'origine Belge en 2007 ; l' étude publiée par le FONJEP citée dans « *Le Guide du Routard Humanitaire »*, éd. Hachette, coll. Tourisme, 2002 p. 32 pour la répartition des volontaires humanitaires au niveau mondial en 1997 ; *« L'aide humanitaire d'ECHO par régions en 1997 »*, graphique in *« La Question humanitaire »*, P. Ryfman, éd. Ellipses, 1999 cité dans *« L'aventure humanitaire »*, Jean-Christophe Rufin, éd. Gallimard, coll. Découvertes Histoire, p.154 et *www.unv.org* pour la répartition des Volontaires des Nations Unies.
7) D'après « *Travailler dans la coopération au développement »*, Service public fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur, Coopération au développement, Direction Générale de la Coopération au Développement, Service Communication, 2006 mis à jour le 07/11/2007.
8) « *Rapport d'activités 2006 »,* Service Public Fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement, Direction Générale de la Coopération au Développement, Service Communication, août 2007.
9) *http://acodev.be/*
10) D'après *« Conseil d'administration du Programme des Nations Unies pour le développement et du Fonds des Nations Unies pour la population, Programme des Volontaires des Nations Unies, rapport de l'administrateur »,* session annuelle du 12 au 23 juin 2006 à Genève, point 13 de l'ordre du jour provisoire ; *www.amifrance.org* ; *« Dossier de presse 2008 »* de l'Association Française des Volontaires du Progrès ; *« Activités internationales, rapport annuel 2006 »* de la Croix Rouge de Belgique, Communauté francophone ; *http://acodev.be/* ; *www.msf.be* ; *www.premiere-urgence.org* ; Synthèse du colloque européen de l'éthique humanitaire *« Etikuma »* des 6 et 7 octobre 2005, p.14 ; *www.medecinsdumonde.be* ; *www.medecinsdumonde.org* ; *www.cicr.org* ; *www.care.ca* et les propos d'Alain Boinet, président de l'ONG Solidarités cité dans *« Metro »* , édition principale du 18/05/2006 p.8
11) D'après « *Le Guide du Routard Humanitaire »*, éd. Hachette, coll. Tourisme, 2002 ; *www.unv.org* ; *www.cicr.org* ; *www.dgcd.be* ; *www.msf.be* ; *www.medecinsdumonde.be*; *www.amifrance.org* ; *www.premiere-urgence.org* ; *www.afvp.org* et *www.handicapinternational.be*
12) D'après *www.solidarites.org* ; *www.msf.be* ; *www.premiere-urgence.org* ; *www.medecinsdumonde.be* ; *www.medecinsdumonde.org* ; *www.actioncontrelafaim.org* et *www.unv.org*.
13) Textes de loi belges concernant le statut de volontaire : *Loi du 29-08-2005 - Edition 1" (2005022674) ; Loi du 27 décembre 2005 modifiant la loi du 3 juillet 2005, date de*

publication: "2005-12-30" ; Loi du 7 mars 2006 modifiant la loi du 3 juillet 2005, date de publication: "2006-04-13" ; Loi du 19 juillet 2006 modifiant la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, date de publication "2006-08-11", édition 2 (2006022795).

14) *« Génération Bioforce »* in Le Progrès, Emploi du 18/04/2004 p.2 et *www.bioforce.asso.fr*

15) *www.volontariat.be*

16) « *Le Guide du Routard Humanitaire »*, éd. Hachette, coll. Tourisme, 2002.

17) Disponibles sur *www.icrc.org* et résumés dans *« Staying alive. Safety and security guidelines for humanitarian volunteers in conflict areas »*, David Lloyd Roberts, ICRC, 1999, edition révisée de 2005, p.35 à 40

18) *« La souffrance à distance »*, Luc Boltanski, éd. Gallimard, coll. Folio essais, 2007.

19) Comme le décrit Jean-Christophe Rufin dans *« Les causes perdues »*, éd. Gallimard, 1999.

20) Comme le décrit Noëlle Lasne dans *« Utopies sanitaires »*, sous la direction de Rony Brauman, éd. Le Pommier, coll. Manifestes, p.106-127

21) *« Question posée par IPSOS à 501 Volontaires de retour de mission :Diriez-vous que vous avez été globalement très, assez, peu ou pas du tout satisfait de la mission de volontariat que vous avez effectuée ?Ni la durée de recherche d'emploi au retour de mission, ni la perception de la difficulté au retour n'émousse le niveau de satisfaction : auprès de ceux jugeant leur retour très difficile, le niveau global de satisfaction s'établit à 96%. »* in *« Dossier de presse 2008 »* de l'Association Française des Volontaires du Progrès.

22) « Arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes » cité sur *http://www.uclouvain.be/camg.html* et https://portal.health.fgov.be

23) « *Accord national médico-mutualiste du 17 février 1997 (MB 27-03-1997) »* disponible sur *www.inami.fgov.be* et *https://portal.health.fgov.be*

24) « *33% des expatriés de retour ont des difficultés pour conduire leurs démarches administratives. »* d'après « *Enquête IPSOS pour le CLONG Volontariat, Février 2004 »* cité dans *« Résonances humanitaires, étude des résultats de l'enquête sur le thème des retours de mission des expatriés de la solidarité internationale, 2002 »* disponible *www.resonanceshumanitaires.org*.

25) Synthèse du colloque européen de l'éthique humanitaire *« Etikuma »* des 6 et 7 octobre 2005 et « 32% ont du mal à valoriser les compétences acquises en mission dans leur parcours professionnel » d'après « *Enquête IPSOS pour le CLONG Volontariat, Février 2004 »* cité dans *« Résonances humanitaires, étude des résultats de l'enquête sur le thème des retours de mission des expatriés de la solidarité internationale, 2002 »* disponible sur *www.resonanceshumanitaires.org*

26) « *Intégrer une entreprise au retour d'une mission de solidarité internationale. Groupe de travail à l'initiative de Tribu Développement, comprenant le CLONG Volontariat, Première Urgence, Réseaux Volontaires et AFVP, 2000* » d'après *www.afvp.org*

27) *« Cahier Nord-Sud, Sud Nord. Implication des maisons médicales* » in *Santé conjuguée* n°26 d'octobre 2003, p.27 à 105 et *« Le groupe Nord ↔ Sud de l'intergroupe liégeois »*, André Crismer in *Santé conjuguée* n°43 de janvier 2008 p.17 à 19.

Autres ressources bibliographiques importantes

a) *« Les métiers de la collaboration au développement »*, Michel Di Mattia et Delphine Jacquemart, éd. Service d'Information sur les Etudes et les Professions, Ministère de la Communauté Française de Belgique, coll. Formations Métiers.
b) *« French Doctors »*, Olivier Weber, éd. Robert Laffont, 1995.
c) *« La libre essentielle »* n°101, supplément gratuit de *La libre Belgique* des 8-9/12/2007.
d) *« Engagement humanitaire et conflits armés. Le facteur stress »*, éd. CICR.
e) *« Guide pratique du coopérant ONG »*, ACODEV-COPROGRAM, versions de janvier 2003 et décembre 2007.
f) *« Recueil de formations courtes ouvertes aux acteurs du développement »*, ACODEV, 15/11/2007.

Annexe A : Sigles utilisés

ACDI : Agence Canadienne de Développement International
ACF : Action Contre la Faim
ACODEV : Fédération des Associations de Coopération au Développement
ACTED : Agence à la Coopération Technique Et au Développement (France)
AFD : Agence Française de Développement
AFVP : Association Française des Volontaires du Progrès
AMI : Aide Médicale Internationale
ASI : Association de Solidarité Internationale
ATD-Quart-Monde : Aide à Toute Détresse-Quart-Monde
AVESI : Association de Volontaires et Expatriés de la Solidarité Internationale
CARE : Christian Action Research and Education
CEFODE : Coopération Et FOrmation au DEveloppement (France)
CEMUBAC : Centre scientifique Et Médical de l'Université libre de Bruxelles pour ses Activités de Coopération
CGRI : Commissariat Général aux Relations internationales
CICID : Comité Interministériel de la Coopération Internationale du Développement (France)
CICR : Comité International de la Croix-Rouge
CLONG Volontariat : Comité de Liaison des ONG de Volontariat
CNCD : Commission Nationale de la Coopération Décentralisée
CRB : Croix-Rouge de Belgique
CRF : Croix-Rouge Française
CRS : Croix-Rouge Suisse
CSI : Congé de Solidarité Internationale
CTB : Coopération Technique Belge
DCC : Délégation Catholique pour la Coopération
DDC : Direction du Développement et de la Coopération (Suisse)
DEFAP : Département Evangélique Français d'Action apostolique Protestante
DGCD : Direction Générale de la Coopération au Développement
DGCI : Direction Générale de la Coopération Internationale (France)
DRI : Direction des Relations internationales
ECHO : European Community Humanitarian Organisation
FONJEP : FONd de coopération de la Jeunesse et de l'Education Populaire (France)
FOREM : Office communautaire et régional de la formation professionnelle et de l'emploi
GENAGRO : Gestion ENnvironnement AGROnomie
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HCCI : Haut Conseil de la Coopération Internationale
HCR : Haut-Commissariat aux Réfugiés (ONU)
HI : Handicap International
IMT : Institut de Médecine Tropicale
IRC : International Rescue Committee
ITECO : Centre de formation pour le développement et la solidarité internationale
MDM : Médecins du Monde
MSF : Médecins Sans Frontières
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OSCE : Organisation pour la Sécurité et la Coopération en Europe
OSI : Organisation de Solidarité Internationale
PAM : Programme Alimentaire Mondial (ONU)
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PU: Première Urgence
PVD : Pays en Voie de Développement
SAH: Service de l'Action Humanitaire
SCD : Service de Coopération au Développement
SLCD : Service Laïque de Coopération au Développement
SUD : Solidarité Urgence Développement
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
USAID : United States International Agency for Development
VDAB : Vlaamse Dienst voor Aarbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VNU : Volontaire des Nations Unies
VOICE : Voluntary Organisations In Cooperation in Emergencies
VWIS : Voluntary Work Information Service
WFP : World Food Program (ONU)
ZSP : Zone de Solidarité Prioritaire

Annexe B : Liens Internet utiles

1) Organismes envoyant des généralistes en mission à l'étranger

ACDI : www.acdi-cida.gc.ca
Action Contre la Faim : www.actioncontrelafaim.org
Agence Française de Développement : www.afd.fr
Aide Médicale Internationale : www.amifrance.org
Asmae : www.asmae.org
Association Française des Volontaires du Progrès : www.afvp.org
CARE : www.care.ca
Comité International de la Croix-Rouge : www.cicr.org
Croix-Rouge de Belgique: www.croix-rouge.be
Croix-Rouge France : www.croix-rouge.fr
Croix-Rouge Suisse : www.redcross.ch
Délégation Catholique pour la Coopération : http://www.ladcc.org/
Département Evangélique Français d'Action apostolique Protestante : www.defap.fr
Direction Générale de la Coopération au Développement : www.dgcd.be
Handicap International : www.handicapinternational.be
Médecine pour le Tiers Monde : www.m3m.be
Médecins Du Monde (Belgique) : www.medecinsdumonde.be
Médecins Du Monde (France) : www.medecinsdumonde.org
Médecins Sans Frontières : www.msf.be
Planète Urgence : www.planete-urgence.org
Première Urgence : www.premiere-urgence.org
Service de Coopération au Développement : www.scd.asso.fr
Solidarités : www.solidarites.org
Volens : www.volens.be
Volontaires des Nations Unies : www.unv.org

2) Collectifs d'organismes

ACODEV : http://acodev.be/
Association pour le Volontariat : www.volontariat.be
Coordination SUD : www.coordinationsud.org
Coprogram : www.coprogram.be
Ibiscus : http://www.inter-reseaux.org/infodev/repertoire/ibiscus.htm

3) Sites généralistes

Expat.org : www.expat.org
Expats Network : www.expats-network.org
One World : www.oneworld.org
Relief Web: www.reliefweb.int
Résonances humanitaires : www.resonanceshumanitaires.org
SUDOC : www.sudoc.be
Web Expat : www.webexpat.com

4) Formations

Bioforce : www.bioforce.asso.fr
Coopération Technique Belge : www.btcctb.org
Institut de Médecine Tropicale (Anvers) : www.itg.be
Iteco : www.iteco.be

5) Offres d'emploi

www.11.be
www.alertnet.org
www.annonces-medicales.com
www.bond.org.uk
www.ciir.org/progressio
www.cinfo.ch
www.civiweb.com
www.comminit.com
www.concern.net
www.congde.org
www.ded.de
www.devnetjobs.org
www.devjobsmail.com
www.diplomatie.be/fr/jobs
www.idealist.org
www.interaction.org
www.internationalservice.org.uk
http://jobs.undp.org/
www.ongd.lu
www.redr.org
www.vacatureblad.org
www.wse.org.uk

Annexe C : Sélection de formations

1) En Belgique

1.a) Les formations universitaires et post universitaires :

L'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, à Anvers propose un Master en Santé Publique (1 an, 14.800€), plusieurs formations courtes d'une durée de deux à quatre mois et un *Post-Graduat en médecine tropicale et santé internationale* (6 mois, 1.300 €), cette dernière formation étant souvent utile voire nécessaire au médecin pour postuler au sein de nombreux organismes.

A l'université Libre de Bruxelles (ULB) : Anthropologie. Sciences de la Population et du développement. Sciences du travail avec finalité Travail dans les pays en développement. Sciences politiques – orientation Relations internationales. Post-graduate studies in International Politics. Séminaire d'initiation aux carrières diplomatiques et internationales. Ecole de Santé publique : cycles de perfectionnement, formations continuées et stages internationaux. Certificat d'Université en Recherches sur les systèmes de Santé pour les pays en Développement.

A l'Université catholique de Louvain (UCL) : Sciences de la population et du développement. Anthropologie avec Finalité spécialisée : socio-anthropologie, interculturalité et développement. Politique économique et sociale avec Finalité : Développement et gestion de projet. Sciences politiques – orientation Relations internationales avec Finalité : Diplomatie et résolution des conflits ou Espaces humanitaires. Actions humanitaires internationales. Développement, Environnement et Société. Economie internationale et du développement. Droit international. Economie et Sociologies rurales.

A l'Université de Liège (ULG) : Anthropologie. Sciences politiques - orientation Relations internationales. Développement, environnement et sociétés. Santé et Développement.

Aux Facultés universitaires de Mons (FUCAM) : Gestion du non marchand.

Masters complémentaires interuniversitaires : Economie internationale et du développement (UCL – FUNDP). Développement, environnement et sociétés (UCL-ULG-FUL-FUSAGX et FUCAM). Santé publique, orientation Santé et Développement (UCL - ULB). Droits de l'homme (UCL – FUSL – FUNDP).

A l'Université de Gand (RUG): Conflict and Development. Afrikaanse talen en culturen. Rural Development and Nutrition. Political science – International politics.

A l'Université d'Anvers, l'Instituut voor Ontwikkelingsbeleid en-beheer (IOB) propose: Globalisation and Development. Governance and Development in Sub-Sahara Africa. Development Evaluation and Management

A l'Université catholique de Louvain (KUL) : Vergelijkende en internationale politiek. Sociale en culturele antropologie. Internationale betrekkingen en de conflictbeheersing. Cultures and Development studies. Conflict and Sustainable Peace Studies. European Master in Human Rights and Democratisation .

1.b) Hautes écoles

Au Centre d'Enseignement Supérieur pour Adultes : Post-graduat du cadre du secteur non marchand.

A l'ICHEC : Microfinance. Gestion du non marchand. Management interculturel.

A l'IHECS : Communication et Développement.

A la Haute Ecole Namuroise Catholique : Manager le changement.

1.c) Autres formations

Les cycles d'information (CTB, 8 jours, 50€) ***et d'orientation*** (Iteco, 8 jours, 250€) consistent en une réflexion sur les réalités politiques, sociologiques, économiques du Sud, sur le développement et les ONG, sur soi-même et l'éventualité d'un départ. Il s'agit de formations de courte durée fortement appréciées voire imposées notamment pour un travail au sein de la DGCD.

2) A l'étranger

Le centre d'orientation et de formation *Bioforce Développement* ***à Lyon*** possède une réputation excellente au sein des ONG et dispense notamment des diplômes de logisticien et administrateur de la solidarité internationale ainsi que de gestionnaire de projet (prix d'inscription entre 4000 et 7000 euros mais possibilités d'aide importante au financement et formation rémunérée). Il s'agit d'une conjugaison de formation théorique et pratique à Lyon et sur le terrain d'une durée de 6 à 12 mois. Bioforce délivre aussi des formations à la carte et fournit des services personnalisés d'orientation utiles avant et après l'expatriation

A l'Université d'Aix en Provence : DESS Aide Humanitaire Internationale.

A l'Ecole de Management Euromed de Marseille : International M.Sc. in NGO Management and Good Governance

A l'Université Jean Moulin de Lyon : Master en Science Politique, mention Politiques et Stratégies d'Action Publique Internationale

A l'Université de Paris I : DESS Développement et Coopération

A l'Université de Paris V : DESS de coopération internationale de l'éducation et de la formation

A l'Université de Paris VIII : Maîtrise d'aménagement appliquée aux pays en développement

A l'u*niversité de Paris X* : DESS Analyses et stratégies du développement

A l'Université de Paris XII : DESS Gestion de l'humanitaire

A l'Université de Lille I : DESS en Ingénierie des Programmes de Coopération

A l'Université de Toulouse I : DU de l'Institut d'Etudes Internationales et du développement

A l'Université de Grenoble : DESS de Gestion et Dynamisation du Développement

A l'Université de Montpellier I : DESS Nutrition et alimentation dans les pays en développement

A l'Université de Bordeaux : Diplôme Universitaire en Humanitaire et Développement. Gestion du développement et de l'action.

A l'Université de Genève : Diplôme de formation continue en action humanitaire

Annexe D : Sélection de publications concernant le retour

1). « *Guide du volontaire retour »,* CLONG Volontariat. Avec l'apport de 14 ONG partenaires.

2) « *Coopération internationale : les défis liés au retour »,* Cinfo. Cinfo-Suisse, seconde édition, 2002.

3). *« Intégrer une entreprise au retour d'une mission de solidarité internationale »,* Tribu développement. Synthèse issue du groupe de travail initié par Tribu développement avec des représentants d'entreprises, des cabinets de recrutement ainsi que le CLONG, l'AFVP, Première Urgence et Réseaux Volontaires.

4). « *Aide au retour: conseils pratiques à lire avant le départ »*, MSF-Suisse, Genève, 2000.

5). « *Peace Corps odyssey. The voyage Home: a book on re-entry, readjustment and reverse culture shock for returning Peace Corps Volunteers",* Peace Corps. Produced by the Returned Volunteers services, Office of Domestic Programs. 1997.

Table des matières

Abstract **p.3**
Motivations **p.4**
Méthodologie **p.5**

Introduction **p.8**

I. La préparation au départ

I.A. Profils de volontaires et motivations au départ **p.10**
I.A.a. Profils des médecins candidats à l'expatriation
I.A.b. Motivations soutenant l'engagement humanitaire à l'étranger
I .B. La destination **p.13**
I.C. Le choix (ou non) d'un organisme **p.15**
I.C.a. De nombreuses possibilités
I.C.b. Les critères de choix
I.D. La question du statut et du financement **p.20**
I.D.a. Statut d'un projet personnel
I.D.b. Statut au sein d'un organisme
I.E. Les qualités et formations nécessaires **p.24**
I.E.a. Expérience professionnelle
I.E.b. Formations
I.E.c. Langues, technologies, expérience et qualités personnelles
I.F. La filière de recrutement **p.27**
I.F.a. Importance de la sélection
I.F.b. Etapes du recrutement
I.G. Les préparatifs pratiques **p.32**
I.G.a. Généralités
I.G.b. Assurances, transport et documents utiles
I.G.c. Statut, finances et contact avec le pays d'origine
I.G.d. Santé
I.G.e. Culture et contact local

II. Sur le terrain

II.A. Le travail sur place **p.35**
II.A.a. Rôles du médecin généraliste
II.A.b. Types de projets
II.B. L'organisation de la vie quotidienne **p.37**
II.C. Les risques (et la prévention de ceux-ci) **p.38**
II.C.a. En mission de développement
II.C.b. En mission d'urgence
II.D. Les richesses et les difficultés du vécu sur place **p.40**
II.D.a. Une pratique différente
II.D.b. Des contacts interpersonnels riches mais parfois difficiles
II.D.c. Un cadre de vie stimulant
II.D.d. Un retentissement psychique non négligeable

III. Le retour

III.A. Aspects pratiques **p.44**
III.A.a. Debriefing
III.A.b. Finances et logement
III.A.c. Statut professionnel
III.B. Vécu personnel du retour (et ses difficultés) **p.46**
III.B.a. Aspects émotionnels
III.B.b. Aspects professionnels
III.B.c. Ressources
III.C. Et après ? **p.49**
III.C.a. Repartir ?
III.C.b. Pratiquer en Europe ?
III.C.c. Une possibilité d'avenir

Conclusion **p.51**

Bibliographie **p.52**

Annexe A : Sigles utilisés **p.56**
Annexe B : Liens Internet utiles **p.57**
Annexe C : Sélection de formations **p.59**
Annexe D : Sélection de publications concernant le retour **p.61**