

POUR QUI NOUS PRENONS-NOUS?

(OU L'ANTI GUIDE DU ROUTARD DU FORMATEUR HUMANITAIRE)

S. Jung, H. Vieille-Grosjean

Revue : Santé Publique

Type de publication : Recherche originale

Rubrique : Pratiques

Nombre de signes : 39 978

Résumé

Cette recherche s'inscrit dans un contexte de formation de formateurs. Elle se propose d'interroger la pertinence d'une formation adressée à des volontaires engagés eux même dans une formation en santé de personnels locaux lors de missions humanitaires. Elle a été construite et menée sur la base d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de 10 formateurs volontaires attachés à une Organisation Non Gouvernementale (ONG), et portant sur les conceptions et les réalisations des formations assurées. Il se dégage des entretiens une distance assez remarquable entre l'énoncé des conceptions rationalisantes et théoriques, qui mettent en avant le partage d'expérience et l'analyse de cas, et les récits des pratiques formatives, qui relèvent plutôt du compagnonnage assistanciel, ou du cours magistral. Cet écart participe selon les formateurs d'un malaise quant à leur posture, qui pourrait être considérée comme dominante et inadaptée, ne prenant pas en compte le curriculum des apprenants, et nuirait à l'efficacité de leurs enseignements. Autre résultat de cette étude, à travers la mise à jour des difficultés de positionnement que rencontrent les volontaires, la mise en évidence des différences de politique de formation entre les grandes et les petites ONG. La clarification des rôles attendus et une formation préparatoire à l'enseignement pourraient améliorer la qualité des interventions grâce à une réponse plus attentive aux attentes des publics et de leurs institutions.

Mots-clés : ONG – action humanitaire – formation en santé – Médecins sans frontières– coopération - volontaire

Introduction

Il sera question dans les pages qui vont suivre, d'une expérience de 16 années de travail comme formatrice auprès d'une population composée essentiellement de personnels de santé intervenant au Vietnam, dans le cadre de missions humanitaires. Cette expérience rapportée est celle d'une des deux auteures du texte, dont l'intention est d'interroger les formes et contenus de ses interventions de formation, et au-delà, la pertinence des missions réalisées en regard de leur efficacité, et de l'intérêt qu'elles ont pu représenter pour les publics pris en charge. La question posée se situe à plusieurs niveaux: elle est d'abord celle de l'adéquation entre les offres assistancielles ou d'accompagnement, et les demandes de soins, de secours ou d'assistance. A un deuxième niveau, elle interroge la pertinence de la formation dispensée aux intervenants en mission et par là, la qualification en double regard, celle des intervenants et celle des formateurs. Plus avant, c'est l'ensemble du système qui demande à être questionné, dans les actes qu'il produit, les effets qu'il entraîne, et les justifications qu'il se donne, entre genèse, intentions et enjeux.

« Pour qui nous prenons-nous? » est donc une question renvoyant à l'ensemble des situations connues et vécues par les missionnaires, les modèles qui fondent les projets et les entreprises, les représentations et les schémas réflexifs et d'intervention.

Aspects contextuels

La petite association dans laquelle intervient l'une des auteures, de formation infirmière, compte une vingtaine de membres, principalement cardiologues ou chirurgiens. Leur activité s'approche d'un compagnonnage informel et plutôt basé sur des réseaux relationnels tissés au fil des ans.

En 1995, l'ONG (Organisation Non Gouvernementale) a participé à des aménagements de salles de coronarographies avec apport de matériel, puis à la formation de cardiologues vietnamiens in situ, et enfin à l'organisation de stages pour plusieurs d'entre eux dans une clinique Strasbourgeoise, pendant quatre mois en moyenne. La question de former également les infirmiers s'est imposée rapidement pour le personnel des services de cardiologies concernés, mais c'est seulement depuis six ans que l'école d'infirmiers attenante à l'hôpital a sollicité l'élargissement des formations infirmières aux étudiants, demande à laquelle les membres ont répondu avec enthousiasme.

La commande était très technique: *Soins en dialyse péritonéale*. Le cours a été organisé, et c'est après une analyse tout à fait informelle des besoins en formation qu'a été remise en question la pertinence de cette action. En effet, la visite de services de soins et l'observation des points de lavage des mains, ainsi qu'une remarque d'une formatrice en soins infirmiers concernant l'hygiène¹, a fait prendre conscience d'une possible inadéquation de cet acte de formation en regard du cursus accompli, de la référence culturelle, ou des possibilités matérielles. Suite à cet incident, il a semblé inadapté d'enseigner la dialyse alors que les bases en hygiène hospitalière ne paraissaient pas acquises. Ainsi, en 2012, un mémoire de DIU de pédagogie médicale était rédigé, qui portait sur cette question de l'inadéquation offre-demande de formation dans le cadre humanitaire. Était ainsi évaluée la pertinence de cette action et pour ce faire, des questionnaires pré et post-test de connaissances furent proposés, ainsi qu'un questionnaire d'évaluation de l'enseignement, celui-ci concernant l'hygiène des mains [1]. Une des conclusions du mémoire était qu'au-delà d'être un facteur de démotivation, cette inadéquation offre-demande paraissait potentiellement dangereuse, notamment dans le cas de la dialyse, et qu'à l'inverse, un autre enseignement pourrait se révéler inadapté car trop facile.

¹ alors qu'au diner lui était proposé une friction à la Solution Hydro Alcoolique: "Non merci, je me suis déjà lavé les mains ce matin"

De nombreuses ONG interviennent dans cette grande école d'infirmières : japonaises, allemandes, coréennes, américaines, thaïlandaises, et c'était la première fois qu'était demandé à l'école le cursus des étudiants. Ce fait questionne d'emblée la pratique d'un certain nombre d'humanitaires chargés de former sans savoir à qui ils s'adressent, et plus particulièrement sans connaître le curriculum scolaire de leur public.

Aspects notionnels

Une des notions les plus importantes de notre action, qui l'explique et la justifie, est la notion de coopération. Coopérer décrit un état d'esprit et des comportements qui ont pour but d'analyser de façon partagée les situations, afin de collaborer dans le même esprit pour parvenir à des fins communes. Cet essai de définition fait référence à la fois à l'esprit et à la pratique. Y sont inclus les objectifs, les moyens et les résultats. Nous entrons alors dans la complexité d'un phénomène qui demande qu'on l'interroge, en référence d'abord aux contextes qui lui permettent d'émerger, lui donnent visibilité et légitimité, et aux difficultés que la pluralité de ces contextes (référentiels et actanciels) fait naître. Selon Cangonji : « Le premier problème – le plus important – c'est que plusieurs organisations étrangères arrivent dans un pays avec, en tête, une définition toute faite de la coopération avant de prendre connaissance de la définition offerte par l'autre partie.» [2]

L'ingérence humanitaire est une doctrine développée dans les années 80 qui prône la possibilité d'intervenir sans l'assentiment de l'Etat concerné, remettant ainsi en cause son principe de souveraineté, l'objectif étant de porter secours, d'assister, et de protéger des populations (supposées) en danger. L'ingérence plus subtile intervient sous couvert de bonnes intentions au mépris des volontés de personnes ou d'institution.

L'adjectif « humanitaire », qui intéresse également notre projet au premier chef, qualifie ce qui s'intéresse au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'homme au nom de la solidarité. L'action humanitaire est destinée principalement aux populations les plus défavorisées, mais doit s'inscrire dans une idée d'échange. Elle doit viser à restaurer l'homme dans sa capacité de choix.

Une autre notion mérite qu'on s'y arrête, en nous appuyant sur quelques auteurs l'ayant déjà travaillée, l'apprentissage. Elle renvoie en effet au sens même des interventions des formateurs de notre ONG. Les conceptions de l'apprentissage s'échelonnent sur un continuum historique de 2500 ans, qui va des théories de la *tabula rasa* à celles du *déjà-là*. En reprenant

rapidement certaines des plus marquantes, nous pouvons essayer de répondre à quelques questions se rapportant à la posture des formateurs, leurs représentations de leur rôle, et celles concernant leur public. Il s'agit en fait de parler de pédagogie :

- L'apprenant est-il considéré comme un récepteur vierge et disponible, un vase vide ? Est-il tel la *tabula rasa* d'Aristote, l'esprit aussi vierge et disponible que la planche sur laquelle on grave la parole du maître ? Est-il une cire molle et malléable, une pièce sans meubles, une feuille blanche dans le photocopieur de Tardif [3] ? Les images ne manquent pas dans la littérature. Pire encore, l'apprenant serait-il considéré *a priori* plein d'idées fausses ?

- Dans le constructivisme de Piaget, puis dans le socioconstructivisme de Vygotsky, les connaissances se construisent en faisant des liens avec les images rapportées du dehors, et les représentations antérieures, qui sont les fondations sur lesquelles l'édifice de savoirs s'établit. De même pour Meirieu [4], il est des savoirs absolument indispensables pour accéder à d'autres compréhensions. Nous retrouvons la même posture chez Vieille-Grosjean [5] dont le postulat est qu'aucune nouvelle connaissance (processus d'apprentissage) ne peut se fixer sans être d'abord rattachée à un savoir préexistant qui sera ensuite questionné, transformé et réactualisé dans un espace d'autocréation du sujet qui apprend. Cette évidence est aussi rappelée par Vygotsky: "Enseigner à l'enfant ce qu'il n'est pas capable d'apprendre est aussi stérile que lui enseigner ce qu'il sait déjà faire tout seul". Or cette zone proximale de développement définie par le même Vygotsky pour enseigner *juste*, c'est-à-dire *au bon moment* du curriculum, est-elle une référence habituelle chez les formateurs de terrain ?

- Ce qui nous amène à la question suivante : quelle représentation de lui-même a un « humanitaire » qui, conformément au modèle transmissif, vient « déverser » son savoir ?

- Et quelle est sa représentation de son action ? Serions-nous alors plus proches de Skinner, et du béhaviorisme qui invite au découpage de conduites complexes en conduites élémentaires, en parallèle au taylorisme, puisque la formation humanitaire pourrait y ressembler dans ce qu'elle a de fractionnée et de séparée d'un ensemble ?

- Autre question, celle du savoir-faire de formateur, à laquelle répond Labelle par la notion d'auto-efficacité apprenante et Bandura par celle d'apprentissage vicariant [6], qui est fondé sur l'observation réfléchie d'un modèle remplissant certaines conditions favorables aux yeux de l'observateur.

Enfin, nous le savons, et l'effet Pygmalion est là pour nous le rappeler, l'ensemble des comportements du maître et de l'élève dépendent des représentations qu'ont l'un et l'autre, influencés par de nombreux facteurs plus ou moins identifiables : nationalité, image de l'ONG, etc. Quelle pertinence garde le contrat didactique dans ce contexte ?

Questionnement de recherche

Les références sur lesquelles nous avons pris appui pour avancer dans notre réflexion, et les constats que nous avons pu faire de l'inadéquation de certaines formations adressées à un public dont on ignore jusqu'aux connaissances issues de sa formation initiale, nous permettent d'aller plus avant dans notre questionnement. Sans prise en compte du programme de ses études, l'apprenant en santé bénéficiaire d'enseignements dans le cadre humanitaire en serait-il réduit à l'état d'objet ? [7] L'apport sans échange a un goût d'impérialisme. Sans tenter d'explorer l'inconscient du volontaire de bonne volonté, certains aspects pourraient faire écho à des dérives néocolonialistes et démiurgiques, si le maître croit à la malléabilité de l'esprit des élèves, et à la toute-puissance de sa propre parole.

On peut ainsi se demander s'il existe un référentiel des différentes formations médicales et paramédicales selon les régions du monde afin d'adapter les interventions de formation. Si oui, est-il recherché, référencé, accessible? En effet, et c'est probablement la question qui nous apparaît comme la plus fondamentale, pouvons-nous enseigner de la même manière à travers le monde, sans prendre en compte les différentes assises culturelles ?

Certains formateurs humanitaires ne s'intéressent pas à leur public dans ce qu'il peut avoir de connaissances, de compétences et d'envie. L'humanitaire formateur qui ne prend pas en compte le curriculum et les spécificités locales est en décalage. La pertinence serait un enseignement dans la congruence, attendue et par rapport au déjà-là, prenant en compte le capital existant. Ces formations des professionnels de santé dans le contexte humanitaire international pourraient être inadaptées aux curriculums et aux contextes de vie des apprenants.

Méthodologie

Nous avons choisi d'explorer notre problématique de manière qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs, afin d'en élargir le champ et de chercher à comprendre certains phénomènes : les façons de travailler et de penser des volontaires amenés à former. Notre intention était aussi de récolter des données factuelles et contextuelles, telles que la

description du fonctionnement de leurs ONG dans ce domaine, les pratiques pédagogiques qu'ils utilisent, leurs préparations à l'enseignement avant le départ, afin de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

Nous souhaitions également questionner les volontaires sur des données plus personnelles : leurs perceptions d'efficacité de leurs actions de formations, leurs éventuelles difficultés et les moyens mis en œuvre pour les résoudre. Nous voulions entendre leurs points des vues, prises de positions, opinions, conceptions sur le rôle de formateur, leurs représentations de leur place par rapport aux personnels ou aux étudiants locaux, leurs idées du niveau des apprenants. Il s'agissait aussi de limiter nos inductions, nos prénotions ou préjugés.

Notre guide d'entretien (Annexe I) a été inspiré de Blasco et Gagnayre, nous leur avons emprunté certaines des questions (A5, B1, B3, C1, C2) qu'ils avaient eux-mêmes posées lors d'une recherche [8]. Deux raisons à cela, la proximité de nos questionnements, et la formulation adoptée qui nous paraissaient correspondre tout à fait à nos objectifs.

Nos critères d'inclusion visaient à interroger des participants supposés concernés: médecins ou infirmiers ayant participé à au moins une action de formation de professionnels de santé dans le contexte humanitaire international, étant ou ayant été membre d'une ONG.

Nous avons tout d'abord expérimenté notre guide auprès d'un infirmier membre de notre ONG, ainsi que d'un médecin très expérimenté. Nous avons souhaité varier les ONG, mais sur les dix entretiens, quatre sont des membres de notre propre ONG, toutefois trois de ces interviewés ont aussi une expérience professionnelle internationale dans ce contexte en dehors de notre association, dont un anesthésiste qui a pour caractéristique spécifique une pratique de médecin militaire en terrain extérieur. Nous avons noté des différences de statut dans l'engagement associatif, un président et un trésorier, les autres étant simples membres.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens, pour faciliter le dialogue, et afin d'éviter la mise à distance du questionnaire. La durée était d'une heure environ, l'amplitude de 45 à 120 minutes. Ils se sont déroulés aux mois de mai et juin 2015. Géographiquement, l'étude a été menée en Alsace et à Paris. Nous avons entamé la discussion en privilégiant une question ouverte de type narratif. Nous avons encouragé la personne à donner des exemples et à éclaircir les zones d'ombre.

En ce qui concerne l'aspect déontologique, une déclaration a été faite à la Cnil. Le principe d'anonymat des enquêtés est assuré, c'est pourquoi nous ne pouvons pas citer le nom de notre ONG, pour éviter toute possibilité d'identification des personnes, vu la petite taille de l'association. Pour l'exploitation, nous avons fait une retranscription complète de tous les entretiens par traitement de texte. Nous avons tenu à rendre compte de la parole de l'interviewé dans tout ce qu'elle a de complexe, en saisir la tonalité, les hésitations, les rires. Nous avons procédé à une analyse thématique par codage en unités de sens.

3^{ème} partie

A. Informations obtenues

1. Identification

Notre panel comprenait 7 médecins et 3 IDE (Infirmier Diplômé d'Etat), de 37 à 70 ans avec une moyenne d'âge de 57 ans. Nous avons tenu à varier les sexes, mais nous n'avons pu recruter qu'une seule femme.

2. Expérience professionnelle

Tous expérimentés, ils avaient une ancienneté :

- dans les soins de 11 à 48 ans, avec une moyenne de 34,8 ans,
- dans l'humanitaire de 6 à 42 ans, avec une moyenne de 22,4 ans,
- dans la formation de 8 à 44 ans, avec une moyenne de 29,4,
- dans la formation en contexte humanitaire de 6 à 42 ans, avec une moyenne de 22,4.

Pour 6 d'entre eux, leur première expérience de formateur s'est déroulée dans le contexte humanitaire. Pour tous, la première mission les a d'emblée positionnés dans ce rôle.

Leur nombre d'expériences internationales étaient multiples, souvent sur deux continents, l'Asie du sud-est pour 8, l'Afrique pour 6, le Moyen-Orient pour 4 d'entre eux, l'Europe de l'est pour 2.

3. Investissement associatif

9 sont encore actuellement membre actif d'une ONG, dont 2 à Médecins sans frontières (MSF) et 2 à Médecins du monde (MDM), 1 aux Enfants du Mékong, 4 dans notre petite ONG. Les statuts dans l'association étaient bénévoles ou volontaires, un seul était salarié. 2 occupaient un poste dans le bureau : le trésorier et le président de notre association.

4. Opinions

- Leur conception du rôle de formateur s'est construite principalement sur de l'expérience : seulement 2 ont bénéficié d'une formation de formateur, qui est intervenue dans les deux cas après leur première expérience de formation. 8 ont une activité de formateur en France, pour 3 ponctuellement (environ une fois par an), voire rare (moins d'une fois par an) pour 3. 2 ont une activité liée à la formation importante. Leur image de ce rôle correspond à *une transmission de connaissances théoriques et pratiques pour que la personne puisse elle aussi agir et transmettre*. Leur rôle de formateur en mission humanitaire serait le même pour tous, en un peu plus délicat (3 fois cité).
- Les volontaires considèrent l'expérience dans les soins (8 fois cité) et avoir déjà enseigné dans son propre pays (9 fois cité) comme important ou indispensable avant un départ. Pourtant 2 sont partis dès les deux ou trois ans d'expérience requis en général par les ONG, et pour 6 il s'agissait de leurs premiers enseignements. Les informations ou ressources qu'ils auraient aimé recevoir relèvent de leur place, de leur rôle (5 fois cité) plus que d'informations concrètes (3 fois cité) : habitudes culturelles, techniques locales de soins.
- Avant le départ, la représentation de leur place par rapport aux personnels ou aux étudiants locaux était floue. 8 interviewés se sentent à l'aise en général dans leur rôle de formateur, mais 7 déplorent s'être sentis mis à mal dans ce rôle en mission. Ils se sont dits gênés, mal à l'aise.
- Pour tous, il est indispensable de savoir s'adapter, sur le fond et sur la forme. *Au départ je devais faire cours à trois anesthésistes, et puis c'est devenu un congrès...* Un autre médecin déplore : *On m'a demandé d'aller faire une formation sur l'urgence traumatologique à Gaza, mais les gars avaient vu plus d'urgences que moi ! J'avais préparé des diaporamas à la limite avec des photos publiées par eux !* Le partage d'expérience serait le plus légitime et a été cité par tous. Ils évoquent l'importance d'un temps d'adaptation, et d'acceptation. *Ma toute première formation, au Pakistan. C'était des hommes, il fallait faire des intramusculaires, s'exercer sur les oranges ne suffit pas, il fallait que j'évalue un carré de leurs fesses sans me faire couper les deux mains ! Ce n'était pas la première semaine où j'aurais pu faire ça !*

B. Synthèse des résultats

1. Pour tous, une demande explicite de formation pourtant « *indispensable* », n'est pas clairement exprimée à leur connaissance, et serait sous couvert d'autres intérêts: « *quelque chose se cache parfois derrière cette demande* ». Être formés par des étrangers n'apporterait pas seulement au niveau technique, mais aussi une autre plus-value : reconnaissance sociale (4 fois cité), apport de fonds, (8 fois cité). Les apprenants leurs sont apparus sérieux, très motivés (7 fois cité) ou pas du tout motivés (3 fois cité).
2. 7 savent qu'ils vont enseigner avant un départ en mission. 6 connaissaient le type de formation initiale des apprenants. Sont cités : médecin, infirmier, agent élémentaire de santé ou... aucune formation, ceci étant l'exception. *À la frontière du Pakistan, j'ai fait une formation à des personnels militaires afghans pour l'urgence liée à la guerre. Des camionneurs, des soldats, des électriciens !* Dans certains pays, les infirmiers exercent aussi sans diplôme (2 fois cité) et avec d'énormes lacunes en connaissances de base, le calcul de dose poserait notamment de gros problème (1 fois cité). Quand elle existe, et c'est le cas le plus souvent, le programme de cette formation initiale n'est jamais connu, même si pour tous les formations seraient réglementées dans presque tous les pays. 8 ne savaient pas à quel moment de cette formation initiale ils intervenaient, dans le cas où les apprenants étaient encore en formation. Ils disent intervenir le plus souvent en formation continue. Aucun n'avait connaissance d'un document qui expliciterait les différentes formations médicales ou paramédicales existantes selon les régions du monde, 9 ont trouvé l'idée intéressante et se voient le consulter s'il existait.
3. Leur idée du niveau des apprenants s'est construite à partir de peu, voire d'aucune source d'information (8 fois cité). Pas de réunion-briefing, peu de recherche personnelle (2 fois cité). Le niveau préalable est souvent préjugé inférieur au leur (8 fois cité), et mis en opposition spontanément avec une pratique très efficace découverte sur le terrain (7 fois cité). *C'est des médecins qui savent tout faire. On fait de la médecine d'organe, ciblée, mais là-bas c'est encore de la vraie médecine générale. A Gaza, la première chose dont on s'est aperçu, c'est que nos médecins ne sont pas du tout formés à leur médecine.* Une IDE affirme avoir appris énormément,

en particulier l'obstétrique et la petite chirurgie. Il existe aussi un glissement de tâches des personnels locaux par rapport à nos compétences métier, d'après un médecin: *Les agents élémentaires de santé faisaient les césariennes, les infirmiers locaux des gestes d'ordre médical.*

4. Dans les types d'enseignement, nous retrouvons des soins infirmiers courants et techniques, ou médico-chirurgicaux hautement techniques : chirurgie vasculaire, cardiologie interventionnelle, urgence et réanimation, chacun intervenant selon sa spécialité. Le niveau de leurs enseignements leur semble généralement adapté au niveau des apprenants (7 fois cité), sur des critères subjectifs d'impression, voire d'espérance (3 fois cité). Il serait indispensable de coller aux moyens pour 7 d'entre eux. Afin d'adapter la formation, il est proposé l'immersion (4 fois cité), avec des critères qui s'assimilent à du ressenti : pour sentir (3 fois cité), cerner, s'imprégner (2 fois cité).
5. Le manque de connaissances ou des pratiques délétères concernant l'hygiène sont citées 6 fois spontanément. *Ils ne se lavent pas les mains, ils portent un grigri qui protège des microbes !* L'hygiène serait le thème de formation le plus fréquent. Les méthodes d'enseignement sont le cours magistral (9 fois cité), les travaux pratiques (6 fois cité), le compagnonnage au lit du patient (9 fois cité). Les deux formateurs ayant bénéficié d'une formation auraient plus tendance à utiliser des méthodes participatives. La grande importance du traducteur est citée par tous. L'interprète est un homme de confiance, il devrait être de formation médicale ou paramédicale (3 fois cité).
6. L'efficacité de leur action de formation semble très difficile à évaluer pour tous. Un seul, membre d'une grande ONG, a pratiqué des évaluations formelles mais regrette que cette pratique ne soit pas – encore - la règle, cependant l'évolution irait dans ce sens. La politesse des locaux est citée comme une entrave à leur évaluation (5 fois cité). La spécificité des ONG selon leur taille et leurs projets (3 fois cité), leur coordination (2 fois cité), voir leur compétition sur le terrain (2 fois cité) sont des données apparues spontanément. *On ne fait pas tous la même chose... Deux ONG, et c'est la guerre des pauvres !*

7. L'implication de la politique apparaît importante pour 3 personnes en ce qui concerne l'obtention d'un stage, d'une formation, ou d'un poste pour les personnels locaux. Quant aux assises et pratiques culturelles, tous les trouvent importantes, mais 8 disent n'en connaître rien ou pas grand-chose avant le terrain. Aucun ne connaissait l'histoire de la pédagogie dans la région du monde où ils sont intervenus. Ils ont été surpris par cette question, puis curieux et intéressés. Enseigner le même contenu quelle que soit la région du monde paraît faisable à 9 d'entre eux, pour le côté technique, il faudrait des bases solides de connaissances (6 fois cité), et *la psychiatrie ne peut pas être enseignée partout* (1 fois cité).
8. La médecine traditionnelle est dévalorisée par les locaux (2 fois cité), au contraire 4 pensent qu'elle est encore très présente. *Ils sont dans l'acclamation de la médecine occidentale. Ils veulent la pratiquer.* Ce qui serait facteur de demande et de motivation.

4^{ème} partie

Discussion

La plupart des ONG incluent des programmes avec transfert de compétences à des professionnels de santé, et ces actions se retrouvent à différents moments humanitaires : dans l'urgence, dans les programmes de développement et d'assistance technique. Elle reste cependant un moyen d'améliorer la qualité des soins et non un objectif en soi.

Avant un départ en tant que formateur, il s'agirait de ne pas avoir de certitudes, et d'acquérir un certain nombre de connaissances concernant les spécificités du rôle et du terrain. Les volontaires apprennent « sur le tas », grâce à des expatriés seniors sur lesquels ils s'appuient. La première mission est toujours une découverte, et la plupart des volontaires se projettent dans les soins, alors qu'ils évolueront dans des rôles de supervision et de formation, des compétences que leur cursus médical et paramédical ne leur offre pas forcément. La motivation du bénévole et du volontaire est ambiguë, ils perçoivent une rémunération symbolique : elle se situe en terme d'identité et de visibilité sociale. L'engagement professionnel est-il le même en terme d'auto-exigence... et d'attentes ? [9]

La demande existe. Mais les volontaires ont parfois l'impression d'être utilisés pour d'autres raisons que celle explicitée. Il y aurait une sorte d'économie, symbolique ou pas. L'argent qui circule, d'abord. Et puis être formé par des occidentaux donnerait une plus-value, non seulement au niveau technique, mais en termes de reconnaissance sociale, surtout à ceux qui bénéficieraient d'un stage à l'étranger. Comment dans cette configuration, évaluer l'adéquation entre l'offre et la demande, si les attentes sont différentes de la demande?[10]

De manière habituelle, les ONG identifient les besoins en formation en fonction d'un problème, et de la possibilité d'optimiser les prestations de soin. L'observation directe dans un hôpital, avec le constat du niveau de l'hygiène par exemple, seront à l'origine de l'organisation de formations spécifiques dans le but de diminuer le risque d'Infections Associées aux Soins (IAS). Dans le cas d'un programme de formation plus structuré [11, 12], l'analyse des besoins sera plus formelle, avec l'envoi de formateurs qualifiés en pédagogie.

Un soignant qui enseigne dans son propre pays a une représentation du niveau – nous l'espérons - plus juste, le cursus étant uniforme au niveau national et dans le temps, les nouveaux programmes ne changeant pas fondamentalement le niveau attendu. Le préjugé d'un niveau de connaissances théoriques bas est souvent confronté très rapidement sur le terrain à l'expertise des apprenants locaux en termes de pratique médicale et paramédicale. Les volontaires sont vite mis à mal, confronté à l'ambiguïté de leur position : enseigner à des personnels qu'ils perçoivent plus compétents qu'eux. Le positionnement du volontaire est délicat, il peut ressentir un sentiment d'illégitimité. Blasco et Gagnayre l'ont eux aussi constaté [8].

Dans certains cas, le volontaire infirmier va élargir sa pratique par de la petite chirurgie, il s'agit d'un glissement de tâche, l'IDE en France n'ayant pas cette compétence. Comment se positionner quand les codes métiers sont tellement flous et différents d'un pays à l'autre? Comment le volontaire peut-il connaître les compétences attendues dans la profession qui l'intéresse?

Il existe des contextes où les formations initiales sont inexistantes. Au sud Soudan, les infirmiers qui exercent n'ont jamais suivi de formation diplômante. Aujourd'hui seulement, les écoles recommencent à ouvrir. Les compétences sont relativement basses, et pour exemple, le calcul de doses pose un réel problème. Dans un certain nombre de pays, notamment dans la zone sahélienne, il y a des lacunes au niveau de l'école primaire. Il ne leur manque pas seulement une formation initiale, mais une formation de base.

Le manque de motivation est un problème qui remonte régulièrement, notamment quand ce ne sont pas des formations diplômantes, ce qui est de loin le plus fréquent.

Dans des pays avec des systèmes d'enseignement relativement traditionnels, les méthodes pédagogiques innovantes, participatives de type travail de groupe, jeu de rôle, simulation, ne poseraient pas de difficulté, mais en termes de dynamique de groupe il pourrait y avoir des spécificités. Concernant les travaux pratiques, comment contextualiser sans connaissance du terrain?

Qu'en est-il de la rencontre pédagogique ? [3] Sans elle, quel est l'intérêt du présentiel, au prix du déplacement dans ce contexte international ? Avec internet, le savoir est accessible. L'enseignement à distance pourrait-il remplacer le présentiel ? Et le compagnonnage ? L'implication de donateurs pousse à n'engager de dépenses de déplacements que si elles sont parfaitement justifiées.

L'évaluation de la formation est à améliorer [13,14]. Il est rarement utilisé de critères établis, elle reste très subjective. Rappelons que les activités de formation ne sont pas l'objectif premier et trouvent leur place dans le cadre de l'amélioration des soins. Comment la mesurer ? Si celle-ci est améliorée, quelle est la part de la formation ? Sans évaluation, comment remettre en question et adapter ? Qu'en est-il de la notion de qualité ?

Dans les petites ONG, les volontaires ont une grande liberté d'action, il est dans leurs attributions de s'intéresser à la congruence de leurs enseignements, alors qu'ils bénéficient moins souvent de guidelines, ni de briefing et débriefing formalisés. L'expérience de MSF démontre aussi la difficulté à mettre en place des standards, et à les faire accepter par les volontaires [15].

Enseigner de la même manière quelle que soit la région du monde serait impossible, et non souhaitable [16], si nous gardons dans l'idée que enseigner c'est faire signe, étymologiquement parlant, et que les signaux, qu'ils soient de fumée ou en morse, font toujours référence au contexte d'accueil, qui doit pouvoir se projeter sur eux pour en saisir la signification (signifi-action), et le sens donné. Au-delà de cette conception, point de salut, puisque les signes, signaux et enseignements ne sont que des productions vides de sens pour celles et ceux auxquelles ils sont censés (sensés) être adressés.

Peut-on faire une différence entre forme et contenu ? Selon les personnes interrogées, il semble que oui, une différence existe, et ne porte que sur la forme.

Le besoin de traduction a une importance capitale. L'interprète est un homme de confiance, qualifié dans les métiers du soin [17]. Il est fréquent d'entendre cette réflexion : *Ce n'est pas vous qui formez, c'est votre traducteur!*

Nous ne cherchions pas la représentativité statistique mais à approfondir des vécus. Les résultats ne peuvent être étendus à la communauté au sens large : ils fournissent un éventail modeste de points de vue. L'entretien donne accès aux représentations, et nous avons sans doute été sujets à l'interprétation. Nous avons essayé de rester ouverts, et la mise en évidence des nouvelles données nous a permis d'enrichir la question de départ. En termes de recrutement, certains avaient des caractéristiques spécifiques, le but étant de varier les profils pour réduire le risque de biais. Les expériences ont pu être anciennes pour certains, pour 2/10 la dernière expérience internationale remontait à plus de 10 ans. Nous ne pouvons nier le risque d'orientation des réponses, notamment avec les quatre membres de l'association que l'auteure qui interviewait connaissait. Notre guide d'entretien était finalement trop long, même si toutes les questions nous semblaient importantes. L'interviewé a pu se fatiguer sur la dernière partie, et le temps de traitement a été utilisé au détriment du temps d'analyse.

Conclusion

Malgré les Chartes et les réflexions éthiques innombrables, persuadées d'être dans le camp du progrès, les ONG sont tentées d'imposer le modèle occidental [18, 19]. Elles le font parfois au mépris de l'Histoire et des spécificités de chaque pays. La dite *suprématie occidentale* date seulement du 19^{ème} siècle, il n'était pas inéluctable que cette civilisation s'impose partout. L'export des connaissances via la formation participe à la mondialisation. Est-il souhaitable d'offrir un même modèle pour tous ?

Chacun son lieu et son temps d'intervention, il nous semble pourtant que les petites ONG aient bien leur place dans la formation, notamment dans ce que ces petites associations offrent comme proximité possible avec les collègues locaux, en amont et en aval du moment présentiel.

La clarification des rôles et une formation préparatoire à l'enseignement pourraient améliorer la qualité des interventions. Sur ce modèle, MSF organise des formations de formateurs pour ses volontaires à Paris et en Ouganda. Le turnover important de nouveaux membres amenés à

vivre une première mission ne permettrait toutefois pas de former l'ensemble des volontaires. Ces derniers pourraient en revanche tirer profit des études réalisées par exemple par l'OCDE pour la mesure des performances des systèmes éducatifs.

Cette recherche pouvait s'organiser à partir de deux entrées : travailler sur les représentations des humanitaires, ce qui a été fait. L'autre approche, la pédagogie interculturelle, contraignait à être sur place. Observer s'il y avait des décalages, des enseignements qui ne passaient pas, des façons de faire qui n'étaient pas prises en compte. Nous avons aussi le regret de ne pas nous être concentré uniquement sur un type d'enseignement, le compagnonnage, le tutorat. Ainsi, l'analyse de pratique est à développer. Il n'est aujourd'hui plus question d'arriver de manière professorale. La reconnaissance de l'autre comme étant un autre soi-même permet le partage d'expérience, et de manière plus formelle l'Analyse de Pratiques Professionnelles, très au goût du jour dans les formations continues en France. Qu'avons-nous de plus qu'un de leur collègue local ? Nous avons nous aussi une pratique passionnante, une expérience extraordinaire, une autre façon de voir la santé, qui ne serait pas plus, mais tout aussi intéressante pour enrichir les pratiques locales.

Enfin, autre possible, la construction d'un site internet qui explicite les différentes formations à travers le monde semble un projet très ambitieux, mais un outil qui pourrait servir aux humanitaires et plus largement à la mobilité internationale des soignants. Sur le modèle d'une arborescence pays - profession – actes et compétences – programme des études : La première étape serait un formulaire de requête dans les ambassades. Participatif, il se construirait sur plusieurs années, grâce à la contrition d'informateurs lambda. Il s'agirait alors d'impliquer les volontaires autour de problématiques qui leur sont chères.

Sur internet, la recherche concernant la formation dans l'humanitaire, est très vite noyée par la formation à l'humanitaire. L'évolution actuelle fait que l'humanitaire se professionnalise [20,21] et tend à *faire de l'humanitaire un métier*. Nous espérons que les volontaires continueront à mettre *leurs métiers au service de l'humanitaire*.

« 50% de ce que je dis est faux, mais je ne sais pas lesquels, » dit le pédagogue oriental.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jung S. Pédagogie interculturelle en santé-Analyse d'expérience au Viêt-Nam [Mémoire de DIU de pédagogie médicale]. Université de Strasbourg; 2012. 45 p.
2. Cangonji E. À propos de la coopération humanitaire en Albanie. *Sud/Nord*. 2002 ;149-54.
3. Tardif J. Un cours magistral, ça sert à quoi. *Le Cours magistral*. 6 janvier 2015, Université de Strasbourg; 2015.
4. Meirieu P. L'école, mode d'emploi: des méthodes actives à la pédagogie différenciée. 5^{ème} édition. Paris: ESF. 1990. 187 p.
5. Vieille-Grosjean H. De la transmission à l'apprentissage: contribution à une modélisation de la relation pédagogique. Editions L'Harmattan, 2009. 206 p.
6. Bandura A, Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle. *De Boeck Supérieur*, 2003. 859 p, 135-56.
7. Vieille-Grosjean H. Eduquer aujourd'hui en Afrique?. *Le Portique*.1999;(4).
8. Blasco P, Gagnayre R. Opinion de volontaires sur leur première mission d'aide humanitaire. *Santé publique*. 2002;289-299.
9. Houegbé C. Donner pour dominer?. *Sud/Nord*.2002;19-38.
10. Hours B. L'action humanitaire: thérapie et/ou idéologie de la globalisation?.*Sud/Nord*.2002;9-18.
11. Chevalier A, Beauquesne I, Gagnayre R. Analyse des conditions préalables à la mise en œuvre de formations en santé dans le cadre de l'aide humanitaire. *Santé publique*.2002;37-46.
12. Sohier N, Frejacques L, Gagnayre R. Design and implementation of a training programme for general practitioners in emergency surgery and obstetrics in precarious situations in Ethiopia. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* (81.6.)1999;36.
13. Marchand C, et al. Évaluation d'un programme de formation d'infirmiers spécialisés en anesthésie et réanimation au Cambodge. *Cahiers Santé* (5.2).1995; 101-10.
14. Brunet B, La Ruche G, Gastellu-Etchegorry M. Évaluation de la pertinence du cours international sur les trypanosomoses humaines africaines. *Santé publique*. 2006;323-32.
15. Zerrouki A, Gagnayre R, Biberson P, Formation des personnels de santé dans le cadre des actions humanitaires; expérience d'une organisation non gouvernementale. *Santé publique*. 2000;(12.3): 355-62.
16. Godard MO. Quelques figures de l'humanitaire. *Sud/Nord*.2002;39-46.
17. Cochetel O, Oupathana B, Deschamps JP. Évaluation du programme d'enseignement médical en santé publique 2002-2004 au Laos. *Santé publique*.2005; 95-107.
18. Brauman R. Emotion et action humanitaire. *SER études*, 2009;9-19.
19. Desplats D. Solidarité internationale, entre le global et le local. *Sud/Nord*. 2002;(17.2);47-56.
20. Guégan F. Les ONG internationales dans le tourbillon du développement. *Cultures & Conflits*. 2005;(60).
21. Ryfman P. Vers une «École française» d'analyse de l'humanitaire?. *Revue internationale et stratégie*. 2002;133-44.

Questions générales

1. A quel(s) type d'enseignement(s) avez-vous participé en mission ?
2. Pouvez-vous me décrire un moment d'enseignement précis ?

A. Conceptions du rôle de formateur

1. Avez-vous une formation de formateur ? Si oui, laquelle (lesquelles) ?
2. Avez-vous une activité de formateur en France ? Si oui, laquelle (lesquelles) ?
3. Comment voyez-vous le rôle de formateur en général ?
4. Comment voyez-vous votre rôle de formateur en mission humanitaire ?
5. Avant le départ, quelle représentation de votre place aviez-vous par rapport aux personnels ou aux étudiants locaux ?
6. Cette représentation a-t-elle changé au contact de ces personnels ou étudiants ?

B. Origine de ces conceptions

1. A partir de quelles sources d'information s'est construite votre idée de votre rôle de formateur ?
2. A partir de quelles sources d'information s'est construite votre idée du niveau des apprenants ?

C. Opinions des volontaires sur leur préparation au rôle de formateur avant le départ

1. Que considérez-vous comme important de connaître ou de vivre avant un départ en tant que formateur ?
2. Quelles informations ou ressources auriez-vous aimé recevoir ?
3. Savez-vous que vous allez enseigner avant un départ en mission ?
 - Si oui, connaissez-vous le type de formation initiale des apprenants ?
 - Si oui, connaissez-vous le programme de cette formation initiale ?
 - Si oui, par quelle source ?
 - Si oui, saviez-vous à quel moment de cette formation vous interveniez ?
4. Avez-vous connaissance d'un document (dans votre ONG, internet...) qui explicite les différentes formations médicales ou paramédicales existantes selon les régions du monde ?

D. Sentiment d'auto-efficacité des volontaires formateurs

1. Vous sentez-vous à l'aise en général dans votre rôle de formateur ?
2. En mission, vous êtes-vous senti à l'aise ? A partir de quels éléments l'avez-vous constaté ?
3. Plus spécifiquement, si vous pensez à une mission en particulier, comment avez-vous perçu les apprenants ? A partir de quels éléments l'avez-vous constaté ?
4. Que pensez-vous de l'efficacité de votre action de formation ?
5. Avez-vous évalué l'efficacité de votre action de formation ? Si oui, par quelle méthode ?

E. Assises et pratiques culturelles

1. Connaissez-vous l'histoire de la pédagogie dans la région du monde où vous êtes intervenu ? (dans les grandes lignes)
2. Quelle méthode d'enseignement utilisez-vous le plus souvent lors d'une mission humanitaire ?
3. Que pensez-vous du niveau de vos enseignements ? (Soins de base ? Hautement technique ?) Vous semblent-ils adaptés au niveau des apprenants ? Sur quels critères ?
4. Considérez-vous que l'on puisse enseigner le même contenu quelle que soit la région du monde ?
5. Considérez-vous que l'on puisse enseigner de la même manière quelle que soit la région du monde ?
6. Considérez-vous que l'on puisse enseigner quelle que soit la région du monde ?