

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS.....	3
1.1 Problématique.....	3
1.1.1 Contexte de la pratique des dons de médicaments par IISF	5
1.1.2 Contexte des besoins en médicaments du partenaire de IISF	7
1.2 Recension des écrits	9
1.2.1 Portrait des MMCT.....	13
1.2.2 Standards de la pratique des dons de médicaments	23
1.2.3 Lacunes des dons de médicaments lors des MMCT.....	25
1.2.4 Conséquences des dons de médicaments lors des MMCT	32
1.2.5 Dimensions sociales du médicament.....	33
1.3 Pertinence et objectifs de l'étude.....	37
CHAPITRE 2: CADRES DE RÉFÉRENCE	39
2.1 Principes directeurs de l'OMS	39
2.2 Phénomène du don	41
2.3 Cadre épistémologique.....	44
CHAPITRE 3: DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	48
3.1 Devis de recherche	48
3.1.1 Planification de la recherche.....	50
3.1.2 Conduite de la recherche	60
3.1.3 Organisation, codage et analyse des données	72
3.1.4 Planification et action	82
3.2 Rigueur scientifique de la recherche	83
3.2.1 Respect des valeurs et des principes démocratiques.....	84
3.2.2 Faisabilité.....	85
3.2.3 Cohérence systémique	86
3.2.4 Fiabilité et appropriation.....	88
3.2.5 Principaux biais	88

3.3	Considérations éthiques.....	93
3.3.1	Approbation éthique	93
3.3.2	Considérations éthiques liées au consentement à participer.....	94
3.3.3	Considérations éthiques liées au devis et à la collecte des données	94
3.3.4	Considérations éthiques liées au double rôle.....	95
CHAPITRE 4: RÉSULTATS		97
PARTIE I : RÉSULTATS RELATIFS AUX TRAJECTOIRES DES DONS DE MÉDICAMENTS.....		98
Avant les MMCT.....		99
4.1	Planification des dons de médicaments.....	99
4.1.1	Prise de décision inégale.....	100
4.1.2	Identification des besoins en médicaments utile mais imprécise	101
4.1.3	Synthèse de l'étape	101
4.2	Encadrement des coopérants	102
4.2.1	Accompagnement par IISF	102
4.2.2	Mise à disposition d'outils et de services	104
4.2.3	Synthèse de l'étape	104
4.3	Collecte.....	105
4.3.1	Méthodes variées de collecte.....	105
4.3.2	Difficultés logistiques et personnelles	108
4.3.3	Stratégies utilisées lors de la collecte	112
4.3.4	Synthèse de l'étape	112
4.4	Sélection.....	113
4.4.1	Caractéristiques des médicaments apportés par les groupes de IISF	113
4.4.2	Synthèse de l'étape	116
4.5	Préparation et transport	116
4.5.1	Maximisation des valises de médicaments	116
4.5.2	Sécurisation des valises de médicaments	118
4.5.3	Synthèse de l'étape	122
4.6	Contrôles prédonations.....	122
4.6.1	Contrôle inexistant par IISF.....	122

4.6.2	Contrôle inexistant par les autorités sénégalaises.....	125
4.6.3	Synthèse de l'étape	125
	Pendant les MMCT.....	126
4.7	Donation	126
4.7.1	Remise et officialisation du don	126
4.7.2	Satisfaction et déception de la donation	128
4.7.3	Synthèse de l'étape	130
4.8	Prescription.....	130
4.8.1	Description des patients, des impressions diagnostiques et des médicaments prescrits par les coopérants de IISF	131
4.8.2	S'initier à un nouveau rôle.....	134
4.8.3	Validation des prescriptions	135
4.8.4	Difficultés variées lors de la prescription	136
4.8.5	Stratégies utilisées pour faciliter la prescription.....	146
4.8.6	Synthèse de l'étape	148
4.9	Enseignement de la médication	148
4.9.1	Importance d'un enseignement de qualité	149
4.9.2	Difficultés communicationnelles	150
4.9.3	Stratégies utilisées pour faciliter l'enseignement	152
4.9.4	Satisfaction de l'enseignement par les patients	154
4.9.5	Synthèse de l'étape	154
4.10	Utilisation de la médication par les patients.....	155
4.10.1	Observance thérapeutique variable.....	155
4.10.2	Synthèse de l'étape	156
	Après les MMCT.....	156
4.11	Gestion locale des médicaments.....	157
4.11.1	Inventaire rigoureux et transparent	157
4.11.2	Application différente des critères de sélection.....	162
4.11.3	Redistribution des surplus aux autres structures.....	162
4.11.4	Synthèse de l'étape	163
4.12	Contrôles et suivis postdonations.....	163

4.12.1	Contrôles limités par les autorités sénégalaises	163
4.12.2	Absence de suivis formels par IISF	164
4.12.3	Synthèse de l'étape	165
4.13	Synthèse du chapitre.....	166
PARTIE II : RÉSULTATS RELATIFS AUX PERCEPTIONS ENTOURANT LES DONS DE MÉDICAMENTS.....		170
4.14	Perceptions sur l'acte de donner des médicaments	170
4.14.1	Donner pour répondre aux besoins en médicaments	171
4.14.2	Donner par altruisme	174
4.14.3	Donner par redevabilité	175
4.14.4	Donner pour faciliter la prescription des coopérants.....	179
4.14.5	Synthèse des perceptions de l'acte de donner des médicaments	179
4.15	Perceptions sur l'expérience des dons de médicaments lors de la trajectoire	180
4.15.1	Formation prédépart : sensibilisation aux bonnes pratiques des DM	180
4.15.2	Collecte des médicaments : sensibilisation à la coopération internationale ...	181
4.15.3	Préparation des valises: voir le fruit de leurs efforts	182
4.15.4	Donation : croisement des attentes	182
4.15.5	Gestion locale : source de confiance et méfiance	185
4.15.6	Synthèse des perceptions sur l'expérience des dons de médicaments lors de la trajectoire	188
4.16	Perceptions d'un bon et d'un mauvais don de médicaments.....	188
4.16.1	Utilité	189
4.16.2	Quantité.....	190
4.16.3	Efficacité.....	192
4.16.4	Péremption.....	193
4.16.5	Conformité aux normes de qualité.....	193
4.16.6	Synthèse des perceptions des participants sur les bons et mauvais dons de médicaments.....	194
4.17	Perceptions des conséquences des dons de médicaments	194
4.17.1	Conséquences symboliques	195
4.17.2	Conséquences économiques	198

4.17.3	Conséquences thérapeutiques	206
4.17.4	Synthèse des perceptions des participants sur les conséquences des dons de médicaments.....	213
PARTIE III : RÉSULTATS RELATIFS À L'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE DES DONNS DE MÉDICAMENTS		215
4.18	Planification collaborative entre IISF et son partenaire	218
4.18.1	Renforcer la collaboration entre IISF et le partenaire	218
4.18.2	Acheter les médicaments localement.....	219
4.19	Encadrement étroit des dons de médicaments.....	225
4.19.1	Renforcer l'encadrement des dons de médicaments.....	225
4.19.2	Rendre la donation plus officielle et transparente	227
4.19.3	Instaurer des suivis postdonations auprès du partenaire et des coopérants	228
4.20	Formation spécifique des coopérants au rôle de prescripteurs.....	229
4.20.1	Les modalités de prescription	229
4.20.2	Les pratiques locales de prescription.....	231
4.20.3	L'enseignement en contexte interculturel.....	232
4.21	Synthèse des pistes d'amélioration.....	232
CHAPITRE 5: DISCUSSION		235
5.1	Des trajectoires complexes entre IISF, ses coopérants et son partenaire	235
Avant les MMCT.....		236
5.1.1	Une prise de décision inégale pour la planification des dons	236
5.1.2	Une liste imprécise des besoins en médicaments	236
5.1.3	Un encadrement varié mais insuffisant.....	237
5.1.4	Des méthodes variées mais difficiles pour collecter les médicaments	238
5.1.5	Des incohérences lors de la sélection des médicaments	238
5.1.6	Une maximisation et une sécurisation des valises de médicaments	239
5.1.7	Une absence de contrôles prédonations.....	240
Pendant les MMCT.....		242
5.1.8	Une donation officielle et transparente.....	242
5.1.9	Une prescription encadrée mais complexe pour les coopérants	243

5.1.10	Un enseignement de qualité mais avec une incertitude sur la compréhension des patients	249
5.1.11	Utilisation variable de la médication par les patients	251
Après les MMCT		251
5.1.12	Une gestion locale rigoureuse et transparente	251
5.1.13	Des contrôles limités par IISF et par les autorités sénégalaises	253
5.1.14	Une absence de suivis formels par IISF	253
5.2	Des perceptions plurielles sur les dons de médicaments.....	254
5.2.1	Un acte chargé de différents sens	254
5.2.2	Un objet significatif à l'expérience des coopérants	257
5.2.3	Un objet pouvant être bénéfique et nuisible	259
5.3	Trois axes pour améliorer la pratique des dons de médicaments	264
5.3.1	Une planification collaborative des dons de médicaments.....	264
5.3.2	Un encadrement étroit des dons de médicaments.....	265
5.3.3	Une formation spécifique des coopérants au rôle de prescripteurs	266
5.4	Les dons de médicaments et le phénomène du don.....	268
5.4.1	Les dons de médicaments s'inscrivant dans un cycle de don	268
5.4.2	Les dons de médicaments s'inscrivant dans un rapport de confiance	274
5.4.3	Les dons de médicaments s'inscrivant dans un rapport de pouvoir	276
5.5	Forces et limites.....	279
5.5.1	La dimension collaborative.....	279
5.5.2	L'engagement des chercheurs.....	280
5.5.3	La problématique réelle	280
5.5.4	Les choix méthodologiques	281
5.5.5	L'appropriation du projet.....	283
5.6	Retombées	283
5.6.1	Sur le plan théorique.....	283
5.6.2	Sur le plan de la pratique professionnelle.....	284
5.6.3	Sur le plan de la recherche.....	286
5.7	Pistes de recherches futures.....	287
CONCLUSION.....		289

LISTE DES RÉFÉRENCES.....	292
ANNEXES 305	
Annexe 1 : Les principes directeurs de l’OMS pour les dons de médicaments	306
Annexe 2 : Emplacement du Poste de santé au Sénégal.....	307
Annexe 3 : Liste de médicaments prioritaires de l’Infirmier-chef de Poste	308
Annexe 4 : Lettre d’autorisation de IISF	309
Annexe 5 : Lettre d’autorisation du Comité de santé	310
Annexe 6 : Responsabilités des membres du comité de recherche.....	313
Annexe 7 : Entente de collaboration au processus de recherche-action ethnographique pour les membres du comité de recherche.....	314
Annexe 8 : Thèmes d’observation	319
Annexe 9 : Grille d’entretien - Administrateurs	320
Annexe 10 : Grille d’entretien - Responsables de groupe	321
Annexe 11 : Grille d’entretien - Responsables locaux et personnel du poste	322
Annexe 12 : Grille d’entretien - Coopérants.....	326
Annexe 13 : Grille d’entretien - Patients	328
Annexe 14 : Plan d’implantation des actions prioritaires	330
Annexe 15 : Certificat du comité d’éthique de la recherche de l’UQAT	336
Annexe 16 : Certificat du Comité National d’Éthique pour la Recherche en Santé du Sénégal	337
Annexe 17 : Formulaire de consentement – Administrateurs / Responsables de groupe...339	
Annexe 18 : Formulaire de consentement - Responsables de groupe et coopérants accompagnés lors de la MMCT.....	345
Annexe 19 : Formulaire d’information et de consentement oral – Bénéficiaires.....	352
Annexe 20 : Synthèse globale des perceptions des participants entourant les dons de médicaments lors des MMCT de IISF au Sénégal	354
Annexe 21 : Liste des participants.....	356

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1	Synthèse de la Conduite de la recherche	61
Tableau 3.2	Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	66
Tableau 4.1	Synthèse de l'étape Planification des dons de médicaments.....	102
Tableau 4.2	Synthèse de l'étape Encadrement des coopérants.....	105
Tableau 4.3	Synthèse de l'étape Collecte des dons de médicaments	113
Tableau 4.4	Les 15 DCI les plus fréquentes remis entre janvier 2017 et juin 2018	114
Tableau 4.5	Médicaments non-inscrits sur la Liste remis entre janvier 2017 et juin 2018.....	115
Tableau 4.6	Synthèse de l'étape Sélection des dons de médicaments.....	116
Tableau 4.7	Synthèse de l'étape Préparation et transport des valises.....	122
Tableau 4.8	Synthèse de l'étape Contrôles prédonations.....	126
Tableau 4.9	Synthèse de l'étape Donation.....	130
Tableau 4.10	Description sociodémographique des patients consultés par les coopérants.....	131
Tableau 4.11	Les 10 impressions diagnostiques les plus fréquentes chez les 0-5 ans	132
Tableau 4.12	Les 10 impressions diagnostiques les plus fréquentes chez les 6-17 ans.....	132
Tableau 4.13	Les 10 impressions diagnostiques les plus fréquentes chez les plus de 18 ans.....	133
Tableau 4.14	Les 15 médicaments les plus prescrits par les coopérants selon les groupes d'âge.....	134
Tableau 4.15	Synthèse de l'étape Prescription.....	148
Tableau 4.16	Synthèse de l'étape Enseignement de la médication.....	155
Tableau 4.17	Synthèse de l'étape Utilisation de la médication par les patients.....	156
Tableau 4.18	Synthèse de l'étape Gestion locale des dons de médicaments.....	163
Tableau 4.19	Synthèse de l'étape Contrôles et suivis postdonations.....	166
Tableau 4.20	Synthèse des perceptions des participants sur les bons et mauvais dons de médicaments.....	194
Tableau 4.21	Synthèse des pistes d'amélioration.....	216

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadres de référence de la recherche.....	44
Figure 2	Schématisation du cycle de recherche-action ethnographique	50
Figure 3	Extrait du journal de bord de l'étudiante-chercheuse.....	58
Figure 4	Schématisation du processus d'analyse.....	73
Figure 5	Structure des matrices primaires.....	75
Figure 6	Exemple de matrice primaire	75
Figure 7	Exemple de matrice intégrée.....	77
Figure 8	Exemple de matrice synthèse.....	79
Figure 9	Exemple de document de travail du comité de recherche.....	79
Figure 10	Synthèse du processus d'analyse thématique.....	81
Figure 11	Schématisation du processus de co-construction des plans d'action.....	82
Figure 12	Déroulement des 12 étapes des trajectoires des dons de médicaments de IISF.....	99
Figure 13	Préparation des valises de don de médicaments	117
Figure 14	Sachet de vitamines prénatales en vrac remis en don.....	118
Figure 15	Valises humanitaires avec des codes d'identification.....	119
Figure 16	Sécurisation des valises humanitaires à l'aéroport de Dakar.....	120
Figure 17	Sécurisation des valises à l'arrivée au Poste de santé.....	121
Figure 18	Sécurisation des valises dans la salle d'attente du Poste de santé.....	121
Figure 19	Prise de photo officielle lors de la donation.....	127
Figure 20	Ordonnance d'amoxicilline avec le modèle de IISF.....	138
Figure 21	Ordonnance d'amoxicilline par un prescripteur local.....	138
Figure 22	Stratégie pour distinguer des médicaments similaires.....	153
Figure 23	Inventaire physique dans la pharmacie du Poste de santé.....	157
Figure 24	Inventaire physique dans la salle d'attente du Poste de santé.....	158
Figure 25	Relevé mensuel « inventaire physique des stocks » suite à la donation.....	159
Figure 26	Dons de médicaments entreposés dans le dépôt du Poste de santé.....	160
Figure 27	Exemple de la fiche de stock des multivitamines.....	161
Figure 28	Schéma des principaux constats en lien avec les trajectoires des dons de médicaments lors des MMCT de IISF.....	169
Figure 29	Axes d'amélioration de la pratique des dons de médicaments pour IISF ..	218

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFP	Association des professionnels en philanthropie
AQOCI	Association québécoise des organismes de coopération internationale
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
DCI	Dénomination commune internationale
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
IISF	Infirmières et Infirmiers Sans Frontières
LNMPE	Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels
MMCT	Missions médicales à court terme
OCI	Organisme de coopération international
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
RAE	Recherche-action ethnographique
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
QSF	Québec Sans Frontières

DÉDICACE

*À ma mère Diane Aubé,
qui a nourri ma curiosité intellectuelle.
Elle est un modèle de force et de persévérance.*

*À Mario Brûlé,
un passeur de passions.*

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le fruit de phases de recherche, d'analyse et d'actions réalisées en Abitibi-Témiscamingue, au Brésil, en France, au Sénégal, aux Iles de la Madeleine et à Montréal. Elle est témoin de mon évolution en tant que femme, qu'infirmière, qu'étudiante-chercheuse ainsi que des moments heureux et moins heureux ayant ponctué ma trajectoire de vie. Nombreuses personnes ont été impliquées à un moment précis ou dans l'intégralité de cette thèse et l'occasion se présente enfin pour les remercier.

Je désire d'abord remercier Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF) qui a manifesté depuis le début un fort enthousiasme et une fierté à participer à cette aventure. Le soutien des membres du conseil d'administration m'a encouragée à poursuivre.

Je tiens également à remercier le Comité de santé, le personnel du Poste de santé et toute la communauté du village au Sénégal pour m'avoir accueillie en tant que personne et étudiante-chercheuse. La générosité de leurs échanges et de leur temps pour les multiples activités de recherche a fortement contribué à la qualité de cette thèse.

Je remercie chaleureusement les membres du comité de recherche qui se sont investis durant trois années et qui ont cru à l'importance de questionner la pratique des dons de médicaments. Le comité a été une force motrice à l'avancement de ce projet.

La complexité de la mise en œuvre de cette recherche doctorale et de la rédaction de cette thèse a dépassé mes attentes. Heureusement, j'ai pu compter sur l'accompagnement de mon directeur Pr Oscar Labra qui s'est montré disponible et attentif à mes questionnements. La confiance et l'autonomie qu'il m'a témoignées m'ont permis de m'approprier pleinement ce projet et de développer les qualités essentielles à la recherche scientifique. Au plan académique, j'ai eu la chance de m'appuyer sur son regard extérieur et sur la justesse de ses commentaires qui ont raffiné ma démarche d'analyse et d'écriture.

Nombreuses personnes ont marqué mon parcours par leurs encouragements et leur compréhension. Je remercie ma mère, ma belle-famille et mes amis qui ont accepté durant toutes ces années mes absences, mon indisponibilité ainsi que mon épuisement physique et mental. Je les remercie de m'avoir aidée à retrouver un certain équilibre ainsi que d'avoir cru en moi et en la pertinence de ce projet.

Je souhaite remercier trois personnes chères à mon parcours de vie. Mario Brûlé, Lucie Nadeau et Irène Lizotte. Je vous ai rencontrés dans ma jeunesse et depuis, vous m'avez accompagnée, guidée, inspirée dans mon cheminement professionnel et personnel. Plus que des mentors, vous êtes des amis précieux. Grâce à vous, j'ai rêvé d'aller au bout de ma profession, de bâtir des ambitions mêlant le soin, les cultures et la remise en question des pratiques. Vous avez été, chacun à votre façon, des modèles de rôle importants pour moi. Merci d'avoir accueillie l'enfant et l'étudiante que j'étais sous votre aile.

Pour terminer, je remercie Jean-Sébastien pour son support affectif, moral et intellectuel. Chercheur lui-même, il est un scientifique que j'admire. Ses conseils ont été judicieux et ont contribué à la qualité de ma démarche. Il a su m'aider à y croire, à continuer et à terminer cette incroyable, mais oh comment fabuleuse aventure!

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Donner est une activité complexe au cœur de l'humanitaire. Malgré son intention pure (DeCamp, 2011), cet acte altruiste est la cible de nombreux a priori sur ce qu'est un bon don et sur comment donner (Chastang, 2008). En effet, il serait faux de croire que pour répondre à un besoin, toute aide soit appropriée. De plus, il y a autant de manière de faire (et de rater) un don humanitaire qu'il y a de donateurs (Chastang, 2008). Rappelons que le champ de l'humanitaire est ambigu et comporte une variété d'acteurs et de pratiques, et ce, tant en contexte d'urgence que de développement et de coopération internationale avec les missions médicales à court terme (MMCT). Les MCMT regroupent entre autres les projets dits « humanitaires » de coopération ou de solidarité dans le domaine de la santé, tels que les stages de formation, et sont réalisés par des étudiants, des professionnels, des bénévoles ou des retraités. Les MMCT sont généralement organisées par des institutions d'enseignement ou des organismes caritatifs.

Cette multiplicité d'acteurs et de pratiques ainsi que leur manque d'encadrement sont d'ailleurs abondamment critiqués (Audet, 2014; Mattei, 2005; Olivier de Sardan, 2011; Reymond et *al.*, 2007). Par exemple, les dons de médicaments sont une pratique courante qui soulève des enjeux. Ils permettent de sauver des vies (World Health Organization (WHO), 2011) et néanmoins, des dons inappropriés et leurs conséquences néfastes ont été rapportés suite à des catastrophes humanitaires (Bero et *al.*, 2010). Ces dons peuvent aussi s'inscrire dans une intention de favoriser l'accès aux médicaments pour les populations démunies en tant que droit fondamental à la santé (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1946). En effet, malgré la mise en place de politiques, les difficultés d'accès aux médicaments essentiels persistent dans de nombreux pays en développement. En 2015, à l'échelle mondiale, l'accessibilité moyenne aux médicaments essentiels était de 60 % pour le secteur public et de 66 % pour le secteur privé (WHO, 2016). Ces difficultés d'accès peuvent ainsi inciter les MMCT à apporter des dons de médicaments, et d'un autre côté, encourager les partenaires locaux à demander de tels dons.

Depuis 20 ans, des recommandations internationales encadrent les dons de médicaments (WHO, 2011). Celles-ci s'adressent à tout don de médicaments, incluant ceux lors des MMCT. Toutefois, la pratique des dons de médicaments varie d'une MMCT à une autre.

Le manque de surveillance et d'évaluation de ces dons sont dénoncés (Brenner, 2015). Dans le contexte actuel où les dons de médicaments doivent répondre à des standards, cette pratique reçoit un intérêt grandissant de la communauté scientifique, des instances politiques et des organismes de coopération internationale (OCI). Malgré l'augmentation récente des connaissances sur les MMCT, la problématique spécifique des dons de médicaments demeure aujourd'hui un sujet peu documenté. En effet, les études ont décrit divers aspects des MMCT (préparation, problèmes éthiques, perceptions, recommandations) mais aucune ne s'est penchée spécifiquement sur les dons de médicaments (Aluri et *al.*, 2018; Gorske, 2009; Kalbarczyk et *al.*, 2019; Lough et *al.*, 2018; Nouvet et *al.*, 2018). Par conséquent, il apparaît essentiel d'enrichir les connaissances sur la trajectoire des dons ainsi que sur les perceptions de tous les acteurs sur ces dons afin d'obtenir un premier portrait complet de cette pratique. À partir de ces nouvelles connaissances, des moyens concrets pour améliorer ces dons dans le contexte singulier des MMCT pourront être proposés.

Cette thèse présente le processus de co-construction de l'amélioration de la pratique des dons de médicaments au sein de l'OCI québécois Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF). Le premier chapitre contextualise la problématique de recherche vécue par IISF et son partenaire. Cette problématique est suivie par l'état des connaissances sur le sujet des dons de médicaments lors des MMCT. Il est aussi question dans ce chapitre des dimensions sociales du médicament afin de situer les dons de médicaments comme objet social et humanitaire. Le deuxième chapitre présente les cadres de référence et épistémologiques ayant servi pour guider l'ensemble du processus de recherche. Le troisième chapitre explicite les principaux éléments de la méthode, soit la stratégie de recherche, le déroulement, la rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques liées à cette étude. Le quatrième chapitre présente les résultats de cette étude entourant les trajectoires, les perceptions et les propositions d'amélioration de la pratique des dons de médicaments. Enfin, le cinquième chapitre offre un regard intégrateur sur l'ensemble de la démarche de recherche. Il comporte d'abord une discussion critique entourant les principaux résultats de recherche. Les forces et limites de cette recherche doctorale sont ensuite abordées de manière transversale par cinq thèmes centraux de cette étude. Pour terminer, les retombées attendues ainsi que les pistes de recherches futures sont proposées.

CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre se divise en trois parties. La première partie contextualise la problématique vécue entre IISF et son partenaire avec leur pratique des dons de médicaments. La seconde partie, dédiée à la recension des écrits, situe les dons de médicaments en tant que pratique humanitaire et en tant qu'objet social. La troisième partie présente la pertinence et les objectifs de cette étude.

1.1 Problématique

Les dons de médicaments sont courants lors des interventions d'aide humanitaire et d'aide au développement. Afin d'encadrer cette pratique, l'OMS a publié des Principes directeurs (OMS, 1996, 1999; WHO, 2011) qui ciblent différentes étapes de la trajectoire: planification, sélection, préparation, transport et gestion locale (voir l'annexe 1). Bien qu'il soit reconnu que l'application de ces Principes permette d'améliorer la qualité des dons de médicaments, ils demeurent méconnus ou inappliqués en contexte d'urgence humanitaire (Bero et *al.*, 2010) et en contexte de MMCT (Roche et *al.*, 2017). Selon une enquête réalisée auprès de 40 MMCT américaines, 75% ne connaissaient pas les Principes directeurs de l'OMS pour les dons de médicaments, 10 % ont apporté des médicaments périmés et 20% les ont remis à des non professionnels de la santé (Chapin et Doocy, 2010). Des lacunes peuvent ainsi survenir tout au long de la trajectoire des dons de médicaments. Parmi les pratiques inappropriées, on retrouve la sélection de médicaments expirés, provenant d'échantillons et de surplus personnels (Gorske, 2009; Hawkins, 2013; Seager et *al.*, 2010), le non-respect de la législation pour l'importation de médicaments (Rowthorn et *al.*, 2019), la préparation non sécuritaire des médicaments (emballage en vrac avec étiquette manuscrite) (Roberts, 2006; Solheim, 2007), la distribution par des coopérants non qualifiés et les erreurs de prescription (Gorske, 2009). Enfin, au départ des MMCT, les dons de médicaments peuvent devenir un fardeau économique et organisationnel pour les bénéficiaires (Chastang, 2008, Green et *al.*, 2009). Ces lacunes peuvent avoir des effets néfastes sur les patients: interaction médicamenteuse, surdosage, réaction allergique, complications graves, traitement inapproprié (Gorske, 2009). En outre, certaines MMCT offrent gratuitement les médicaments à la population ce qui peut induire un double système avec les services locaux et soulever des enjeux éthiques d'accès et d'équité aux soins

(Aubé et *al.*, 2015). D'un autre côté, lorsque les dons de médicaments répondent adéquatement aux besoins des bénéficiaires, ils seraient l'un des plus grands bénéfices pour l'organisme d'accueil à recevoir des MMCT et ils permettraient d'augmenter leurs stocks en médicaments et d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé (Green et *al.*, 2009; WHO, 2011).

Par conséquent, il est recommandé que les MMCT aient une pratique prudente des dons de médicaments et appliquent les recommandations de l'OMS (Dainton et *al.*, 2016; Gorske, 2009; McCurry et Aldulaimi, 2018; Olenick et Edwards, 2016; Roche, et *al.*, 2017; Suchdev et *al.*, 2007; Sykes, 2014). Comme cela est démontré dans ce chapitre, la complexité de l'application des recommandations de l'OMS peut décourager les organismes à modifier leur pratique (Cañigüeral-Vila et *al.*, 2015).

Ce constat est au cœur de la problématique vécue par l'organisme québécois IISF. En effet, cet OCI a été confronté à des difficultés variées avec leur pratique des dons de médicaments et s'est questionné sur comment faire pour que ces dons respectent les Principes directeurs de l'OMS et soient adaptés à leur réalité organisationnelle ainsi qu'aux besoins de leur partenaire. Puisque l'étudiante-chercheuse siégeait au conseil d'administration en tant que secrétaire générale entre 2011 et 2019 et qu'elle débutait son parcours doctoral, IISF lui a exprimé le souhait de prendre part à un projet de recherche afin d'améliorer sa pratique des dons de médicaments. Comme ces dons s'inscrivent dans une intention de répondre à des besoins exprimés par les bénéficiaires, les profils sanitaire et pharmaceutique du Sénégal ainsi que l'accès aux médicaments essentiels sont brièvement exposés.

La problématique ci-dessous expose ainsi le contexte de la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire. À l'instar des principes de la recherche-action, où le projet de recherche est centré sur une démarche d'amélioration d'une pratique avec et pour des personnes ou organismes, la problématique de cette thèse pose le périmètre de la situation, son contexte social et les acteurs impliqués (Coghlan et Brannick, 2014; Stringer, 2014). Les informations ci-après proviennent des expériences de l'étudiante-chercheuse avec IISF et de ses connaissances de la problématique acquises avant le début de la recherche.

1.1.1 Contexte de la pratique des dons de médicaments par IISF

Fondé en 2005, IISF est un OCI québécois à but non lucratif. Sa mission est de soutenir des projets à caractère humanitaire dans le domaine de la santé. La majorité des coopérants¹ sont des professionnels de la santé et des étudiants principalement du domaine des soins infirmiers. Les projets sont de courtes durées, entre trois et cinq semaines, et se déroulent au sein d'une structure clinique avec qui l'organisme détient un partenariat. Pour les projets au Sénégal, les coopérants effectuent des activités de santé primaire et de santé communautaire dans un Poste de santé situé dans une communauté rurale (voir annexe 2). Dans le cadre de ce partenariat, il est demandé aux coopérants de collecter, de transporter et de remettre au partenaire des dons de médicaments à partir de besoins identifiés par ce dernier. Or, des difficultés variées ont été constatées par l'organisme et le partenaire.

La pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire est composée de diverses étapes informelles et implicites. D'abord, l'organisme établit le processus devant être suivi par les coopérants et par le partenaire. Les besoins en médicaments sont identifiés par le partenaire sur une liste qui est remise aux coopérants (voir annexe 3). Aussi, ces dons doivent respecter les Principes directeurs de l'OMS ainsi que l'arrêté ministériel sénégalais (n°07137, 2009) qui fixe les conditions d'importation, de gestion et d'utilisation des dons de médicaments au Sénégal (Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène publique du Sénégal (MSPHP), 2009). Ces règles sont présentées par IISF aux coopérants lors de la formation prédépart. Ensuite, ces derniers collectent les médicaments, procèdent à leur sélection, les disposent dans des valises et les transportent au Sénégal. Peu après leur arrivée au Poste de santé, les coopérants remettent les dons au partenaire lors d'une cérémonie. Les médicaments sont ensuite intégrés à la pharmacie du Poste et vendus au même prix que les médicaments sénégalais. Les coopérants réalisent des consultations médicales, posent une impression diagnostique² et prescrivent un traitement qui doit être validé par un

¹ Dans cette thèse, le terme coopérant est privilégié car c'est le terme utilisé par IISF pour nommer tous les participants aux projets soutenus par l'organisme. Ces coopérants sont principalement des professionnels de la santé et des étudiants en formation participant à un stage crédité ou non.

² Poser un diagnostic est un acte médical. IISF utilise le terme impression diagnostique pour désigner le « diagnostic » fait par les coopérants à partir d'une approche syndromique (par symptôme et non pas par étiologie). Ils s'appuient sur les critères définis dans le Guide clinique et thérapeutique de Médecins Sans Frontières (MSF, 2016) et le valident par un

prescripteur local. Le patient achète ses médicaments et reçoit l'enseignement sur la prise de sa médication. Certains patients reviennent pour un suivi clinique. Après le départ de la MMCT, le partenaire peut redistribuer une partie des médicaments aux structures de santé du district. Enfin, les suivis postdonations entre IISF et son partenaire consistent en des communications ponctuelles et informelles. Quant aux coopérants, ils doivent remettre un rapport d'activités qui sera publié dans le rapport annuel de IISF.

Les principales difficultés constatées par IISF et son partenaire concernent l'encadrement de la pratique avant, pendant et après les MMCT, la quantité insuffisante de médicaments reçus et les conséquences potentielles des dons de médicaments pour les bénéficiaires.

Afin d'encadrer les dons de médicaments, IISF a mis en place différentes mesures au fil des années. Toutefois, elles se sont avérées difficiles à appliquer tant pour les administrateurs, les coopérants que le partenaire. En outre, elles sont apparues insuffisantes pour répondre aux attentes du partenaire au niveau de la quantité de médicaments. IISF a constaté qu'il était difficile pour les coopérants de collecter des médicaments auprès des pharmaciens, que les responsables de groupe posaient beaucoup de questions sur le processus des dons de médicaments avant et pendant les MMCT et que les inventaires n'étaient pas rédigés et transmis au partenaire. De même, la gestion des dons par le partenaire et leur utilisation étaient peu connues par l'organisme. Enfin, le manque de suivis spécifiques auprès du partenaire et des coopérants sur les dons de médicaments ainsi que l'absence de publication officielle par IISF sur cette pratique ont été identifiés comme des lacunes par les administrateurs. Ces derniers ont également exprimé leur préoccupation sur les conséquences potentielles des dons de médicaments pour les bénéficiaires, par exemple que ceux-ci pouvaient induire une forme de « dépendance ». Sensible à ces difficultés, IISF souhaitait comprendre, dans sa globalité, la trajectoire des dons de médicaments afin d'en améliorer la pratique et de mieux répondre aux besoins de son partenaire.

infirmier local. D'ailleurs, cette façon de faire est la même que celle utilisée par les infirmiers-chef dans les Poste de santé au Sénégal, structures où il n'y a pas de médecins.

1.1.2 Contexte des besoins en médicaments du partenaire de IISF

La pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire est établie depuis 2009. Elle a évolué au fil des années, toutefois, c'est seulement depuis 2016 que le partenaire exprime formellement son souhait de recevoir des dons de médicaments de la part de toutes les MMCT. Afin de comprendre le contexte de cette demande, le profil sanitaire et pharmaceutique du Sénégal est d'abord brièvement exposé. Étant également au cœur de la problématique, les difficultés d'accès aux médicaments essentiels et les limites des dons de médicaments sur le marché pharmaceutique sont abordées.

Le Sénégal est un pays francophone de l'Afrique de l'Ouest, limitrophe à la Mauritanie, au Mali, à la Gambie, à la Guinée-Bissau et à la Guinée. Selon le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD, 2019), il fait partie des pays dits à faible développement humain en occupant, en 2019, le 166^e rang (sur 189 pays). Avec plus de 13 millions d'habitants, le Sénégal est divisé en 14 régions administratives et chacune est sous-divisée en communautés rurales. Le système de santé au Sénégal comprend un secteur privé et un secteur public, lequel est divisé en trois niveaux : le niveau national (centres hospitaliers universitaires et hôpitaux nationaux), le niveau régional (hôpitaux régionaux) et le niveau district (Centres de santé, Postes de santé et Cases de santé) (Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal (MSAS) et OMS, 2003). Le secteur pharmaceutique du Sénégal est réglementé par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL) sous laquelle œuvrent notamment la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). La PNA est un grossiste-répartiteur qui se base principalement sur la Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels (LNMPE) pour l'approvisionnement des médicaments du système public (Mission Économique – Ambassade de France au Sénégal, 2008). Cette liste comprend actuellement 653 médicaments et produits pharmaceutiques et sert de ligne directrice pour l'approvisionnement national des ressources sanitaires (MSAS et OMS, 2013). Le circuit d'approvisionnement public est également structuré par niveaux : la PNA distribue les médicaments à toutes les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), lesquelles redistribuent aux Pharmacies de Districts. Ces dernières répondent aux commandes effectuées par les Postes de santé (OMS, 2009).

Depuis la dernière décennie, la disponibilité des médicaments essentiels s'est améliorée au Sénégal, notamment pour la santé maternelle et la santé de l'enfant (Briggs *et al.*, 2018). Néanmoins, leur accessibilité demeure problématique dans les Postes de santé où de fréquentes ruptures de stock ont été documentées, et ce, même pour des médicaments prescrits couramment (de Roodenbeke *et al.*, 2006; OMS, 2013). Bien que le gouvernement sénégalais ait mis en œuvre des programmes de développement social et sanitaire tels que la Couverture Maladie Universelle et les mutuelles de santé au sein des communautés, les difficultés d'accès, la pauvreté structurelle et le manque de coordination persistent (Alenda-Demoutiez, 2017). Ces difficultés encouragent les structures de santé à nouer des collaborations avec des acteurs humanitaires (Salam Fall, 2016), comme cela s'est illustré entre IISF et son partenaire.

Le partenaire de IISF est un Poste de santé situé dans une communauté rurale de la région administrative de Kaolack (voir annexe 2). Le village a une population d'environ 4 000 personnes et ne compte qu'un seul Poste de santé lequel couvre les soins de santé primaire pour la population environnante d'environ 11 000 personnes. Le Poste de santé est régi par un Comité de santé et dirigé par un infirmier-chef. Il emploie 14 membres du personnel dont un infirmier, un infirmier assistant, une sage-femme, un agent de santé communautaire et un dépositaire¹. La pharmacie du Poste de santé dispose de médicaments essentiels provenant du circuit d'approvisionnement public. Ils sont vendus à un prix fixé par le Comité de santé. Lorsque les médicaments prescrits ne sont pas disponibles à la pharmacie du Poste, le patient doit se déplacer et les acheter dans une autre pharmacie du secteur public ou, à un prix plus élevé, dans le secteur privé. Ces difficultés d'accès aux médicaments essentiels, pour le Poste de santé et pour les patients, sont ainsi à l'origine des demandes du partenaire de IISF pour recevoir des dons de médicaments. Or, ces mêmes dons échappent au circuit régulier d'approvisionnement décrit ci-dessus et contribuent au marché pharmaceutique informel du pays.

¹ Un dépositaire est une personne ayant reçu une formation sur la gestion des stocks dans une pharmacie de poste. C'est le dépositaire qui reçoit les ordonnances, prépare les médicaments et informe les patients sur la prise de leur médication.

Au Sénégal, le marché informel correspondrait à 12 % du marché pharmaceutique (Mission Économique – Ambassade de France au Sénégal, 2008). Bien que le système pharmaceutique sénégalais ait fait l'objet de rapports d'évaluation, le secteur informel est peu abordé et les dons de médicaments ne sont pas mentionnés (Mission Économique – Ambassade de France au Sénégal, 2008; MSAS et OMS, 2003). En conséquence, il est ardu d'estimer l'importance des dons de médicaments dans ce secteur, d'autant plus que les contrôles douaniers peuvent difficilement les intercepter (Arribe, 2013). Au final, les dons de médicaments ne respectent pas les exigences d'importation, échappent aux contrôles nationaux et se retrouvent directement accessibles à la population avec des risques sanitaires dénoncés (Mission Économique - Ambassade de France au Sénégal, 2008). Afin de resserrer les conditions d'importation des dons de médicaments, le Ministère de la Santé du Sénégal a mis en place un arrêté ministériel (n° 07137) qui s'appuie sur les Principes de l'OMS (MSPHP, 2009). Toutefois, ces normes semblent méconnues des autorités locales et régionales. D'ailleurs, les médicaments apportés par les coopérants de IISF ne les respectent pas et, par conséquent, ne sont pas contrôlés.

En résumé, la problématique de cette étude est multiple. D'abord, IISF veut répondre à la demande en médicaments exprimée par son partenaire et a établi un processus pour guider cette pratique. Néanmoins, une variété de lacunes organisationnelles, cliniques et administratives ont été identifiées, et ce, tant avant, pendant, qu'après les MMCT. Ensuite, le partenaire souhaite recevoir des médicaments notamment pour pallier à des difficultés d'accès aux médicaments essentiels. Or, les médicaments reçus en dons ne respectent pas les exigences d'importation fixées par les autorités du pays, ne sont pas contrôlés et contribuent au marché informel pharmaceutique avec les risques inhérents. Comme on le verra au chapitre suivant, l'illustration de cette problématique, par le cas de IISF, est loin d'être une exception dans le domaine des MMCT.

1.2 Recension des écrits

La recension des écrits se compose de cinq sections. La première présente les principales caractéristiques des MMCT ainsi que les relations de pouvoir dans lesquelles elles sont ancrées. La seconde expose les recommandations pour les dons de médicaments. La troisième approfondit la problématique des dons de médicaments dans le cadre plus

général des MMCT, en identifiant les lacunes aux différentes étapes des MMCT. La quatrième porte sur les principales conséquences économiques et thérapeutiques des dons de médicaments. La cinquième et dernière section situe le médicament comme objet social. Les notions de trajectoire, de perceptions sur les dons de médicaments sont abordées.

La recension des écrits s'appuie sur une soixantaine de documents de langues française et anglaise, sélectionnés à la suite d'une recherche par mots-clés « *medical mission* », « *short-term medical mission* », « *drug donations* » et ou leurs équivalents dans les bases de données *Pubmed*, *Ebsco Host* et *Cinahl* ainsi que sur le moteur de recherche Google. Elle a été complétée par la méthode boule de neige à partir des bibliographies des publications retenues. La sélection des recherches a été effectuée à partir des critères suivants : articles portant sur les MMCT et sur les dons de médicaments; études portant sur des résultats empiriques, études publiées à partir de 1990 jusqu'à 2020, études publiées sous la forme de rapports de recherche et d'articles scientifiques. Les publications concernant les missions militaires, d'urgence, de soins dentaires et de chirurgie n'ont pas été retenues.

Les connaissances portant sur les MMCT sont tirées principalement de cinq revues systématiques. Celles-ci font une analyse des recommandations en contexte de MMCT (Roche et *al.*, 2017; Sykes, 2014), de leurs impacts (Martiniuk et *al.*, 2012), des problèmes éthiques rencontrés par les coopérants (Aluri et *al.*, 2018) ainsi que des aspects sociaux, économiques et diplomatiques des MMCT (Caldron et *al.*, 2015). Leur méthodologie et principales limites sont brièvement décrites ci-dessous.

La revue systématique d'Aluri et *al.* (2018) a analysé 14 études empiriques portant sur les difficultés éthiques rencontrées par des stagiaires inscrits à certains programmes accrédités canadiens et américains. Parmi les limites, notons que seules deux concernaient des MMCT en soins infirmiers, les autres étant des programmes de médecine. Par conséquent, leurs résultats peuvent présenter davantage la perspective d'étudiants en médecine qui sont formés différemment et ne réalisent pas les mêmes interventions lors des MMCT que les étudiants ou coopérants en soins infirmiers. Aussi, leur revue a porté spécifiquement sur le contexte de stagiaires en formation, leurs résultats ne peuvent pas être généralisés au contexte hors académique des MMCT, bien que certains résultats peuvent être transférables. Enfin, leurs études ne se sont pas intéressées qu'aux publications portant sur

les perceptions des stagiaires des situations éthiques rencontrées. En plus d'avoir restreint leur échantillon, ces publications peuvent contenir un biais de désirabilité sociale de la part des répondants.

Quant à la revue systématique de Roche et *al.* (2017), celle-ci a analysé 92 publications entre 2010 et 2016 pour faire ressortir les pratiques recommandées pour les MMCT en lien avec le système de santé local. Contrairement à Sykes (2014), ils ont inclus dans leur échantillon que des articles théoriques lesquels ont été analysés avec une grille développée par une association catholique américaine à l'occasion d'un sondage auprès de MMCT. Parmi les 14 thèmes analysés, un concerne les dons de médicaments et de matériel médical. Toutefois, les item « recommandations » évalués sont généraux : faire les dons d'une certaine manière, considérer les besoins pour la continuité des soins après la donation, distribuer/disposer les dons d'une certaine manière.

La revue systématique de Caldron et *al.* (2015) s'est penchée sur 41 publications publiées entre 1947 et 2014 afin de décrire les caractéristiques sociales, économiques et diplomatiques des MMCT. Contrairement aux autres revues systématiques présentées ici, les auteurs ont inclus dans leur échantillon les études portant sur les MMCT chirurgicales. Comme leur planification et leur réalisation sont bien distinctes des MMCT non-chirurgicales, ne serait-ce que pour l'évaluation des coûts et dépenses de la MMCT, certains résultats peuvent être moins représentatifs.

Sykes (2014) a analysé 67 études empiriques publiées entre 1993 et 2013 afin de dresser un portrait des impacts des MMCT sur des thèmes précis (rapport coût-efficacité, participation aux MMCT, impacts sur les bénéficiaires, perceptions des bénéficiaires sur les MMCT, etc.). Sykes (2014) met en lumière les limites des études recensées : peu de description de leur méthodologie, non utilisation des standards de pratique par les MMCT, manque d'évaluation de leurs interventions, etc. Toutefois, ses critères d'analyse ne sont pas définis et sont appliqués à des études portant sur des MMCT distinctes les unes des autres. En outre, le thème des dons des médicaments n'a pas été analysé.

Enfin, la revue de littérature de Martiniuk et *al.* (2012) a analysé 230 articles publiés entre 1985 et 2009. Leurs résultats dressent un portrait global des caractéristiques des MMCT (type de MMCT, aspects médicaux, bénéfiques et critiques des MMCT, attitudes des

participants, etc.). Toutefois, comme la majorité de leur échantillon était composé d'articles descriptifs (78%), il est possible que les écrits recensés comportent des biais de désirabilité sociale de la part des auteurs. Aussi, comme les articles descriptifs n'ont pas de visée scientifique, leurs informations peuvent être incomplètes. Enfin, beaucoup d'études empiriques sur les MMCT ont paru depuis la dernière décennie, leurs résultats ne sont plus nécessairement actuels.

Globalement, ces cinq revues systématiques renseignent sur les caractéristiques des MCMT, leurs impacts, les difficultés éthiques rencontrées et les pratiques recommandées. Tous soulignent l'absence d'une définition commune pour les MMCT comme une limite méthodologique puisque des articles ont pu être exclus de leur échantillon par absence des mots-clés recherchés. Aussi, leurs échantillonnages sont limités qu'aux publications anglophones restreignant la portée des résultats sachant que de nombreuses MMCT sont aussi réalisées en Afrique de l'Ouest par des MMCT canadiennes et européennes francophones (Martiniuk et *al.*, 2012).

La recension des écrits pour cette étude doctorale a été complétée par trois revues de littérature. Celles-ci ont analysé les recommandations pour la préparation des MMCT (O'Handley et Erlinger, 2019), les principes éthiques encadrant les MMCT (Lasker et *al.*, 2018) et l'utilisation des protocoles de traitements en Amérique latine (Dainton et *al.*, 2016). À cela s'ajoute une vingtaine d'articles de recherche principalement axés sur les perceptions des participants, les motivations, les pratiques cliniques et les impacts des MMCT. Ces études sont principalement quantitatives (voir Caldron et *al.*, 2016; Chiu et *al.*, 2014; Chapin et Doocy, 2010; Lough et *al.*, 2018; Morales et *al.*, 2018; Prescott et *al.*, 2018, Rovers et *al.*, 2016; Scopelliti et *al.*, 2014; Weng et *al.*, 2015). Parmi celles-ci, divers devis ont été utilisés: sondage pré-post MMCT, sondage post-MMCT, enquête transversale par sondage et l'examen rétrospectif d'une base de données. Les échantillons comprenaient entre 40 et 349 participants et étaient principalement des étudiants et des professionnels de santé américains. De ces études, seulement trois ont questionné la perspective des bénéficiaires (Lough et *al.*, 2018; Prescott et *al.*, 2018; Weng et *al.*, 2015). Globalement, leurs résultats sont difficilement généralisables à l'ensemble des MMCT puisque les études par sondage portaient sur un contexte de MMCT spécifique. De plus, les études par

sondage contiennent des limites méthodologiques qu'il est nécessaire de souligner. Par exemple, pour l'étude de Weng et *al.* (2015) le questionnaire a été administré par des bénévoles locaux à 349 patients après qu'ils aient reçu des soins gratuits de la MMCT. Les patients ont répondu verbalement au sondage. D'une part, le recrutement des participants n'est pas détaillé. Ainsi, ils mentionnent avoir eu un taux de réponse de 69,9% sans expliquer les raisons de refus. D'autre part, leurs résultats révèlent des perceptions fortement positives sur les soins reçus. Ces résultats peuvent avoir été influencés par la gratuité des soins, par le peu de temps entre les soins reçus et l'administration du sondage ou par désirabilité sociale. Globalement, les études quantitatives n'ont pas questionné spécifiquement les dons de médicaments lors des MMCT.

Parmi les études qualitatives, plusieurs ont utilisé une approche ethnographique (Berry, 2014; Green et *al.*, 2009; Nouvet et *al.*, 2018). Les autres ont choisi une approche exploratoire (voir Caldron et *al.*, 2017; DeCamp et *al.*, 2014). Parmi les études recensées, aucune n'a privilégié une approche de recherche-action. Ces études se sont intéressées à la perspective des coopérants et des bénéficiaires sur divers aspects des MMCT, mais aucune n'a étudié spécifiquement les dons de médicaments. De plus, les administrateurs ou organisateurs des MMCT n'ont pas été inclus dans leurs échantillons. Comme il y a peu d'études qualitatives et que celles-ci sont spécifiques à un contexte de MMCT, il est difficile de comparer leurs résultats à d'autres études similaires.

Bien que ces documents décrivent certaines manières de faire les dons de médicaments et offrent quelques conseils, ils ne contribuent pas directement à décrire la pratique de ces dons et ses lacunes. Par conséquent, les dons de médicaments en contexte de MMCT n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique. Et pour cette raison, leurs connaissances ont été complétées par des articles portant sur l'expérience professionnelles avec les dons de médicaments (voir Brown et Ferrill, 2012; Rowthorn et *al.*, 2019), sur des récits anecdotiques (voir Seager et *al.*, 2010; Roberts, 2006; Solheim, 2007) et sur une revue de la littérature médicale publiée sur le site Web d'une organisation religieuse (Gorske, 2009).

1.2.1 Portrait des MMCT

Les MMCT font parties des nouveaux acteurs du vaste champ de l'humanitaire. La diversification des interventions et la multiplication des acteurs humanitaires se reflète

également dans la popularité grandissante des MMCT (Martiniuk et *al.*, 2012). Afin de dresser un portrait complet des MMCT, cette section présente d'abord les principales caractéristiques des MMCT. Ensuite, puisque les MMCT s'inscrivent dans une approche d'aide au développement, c'est-à-dire dans un esprit de coopération et de partenariat (Decamp, 2011; Stone et Olson, 2016; Suchdev et *al.*, 2007), elles sont également ancrées dans des relations de pouvoir. Celles-ci sont abordées dans un second temps.

1.2.1.1 Caractéristiques des MMCT

Les MMCT se distinguent par leur courte durée qui est généralement entre un jour et huit semaines (Sykes, 2014). Les interventions se déroulent principalement dans des pays en développement (Martiniuk et *al.*, 2012). Toutefois, la majorité des MMCT ne se réalisent pas dans les pays ayant les plus grands besoins d'assistance médicale, souvent pour des raisons de sécurité (Mishra et *al.*, 2019). Au Québec, de nombreux organismes planifient des MMCT : des organismes gouvernementaux tels que Québec Sans Frontières (QSF) et l'Association québécoise des organismes de coopération internationale (AQOCI), des organismes caritatifs, religieux ainsi que des institutions d'enseignement offrant des stages humanitaires ou de solidarité internationale. Par exemple, l'AQOCI regroupe 60 organismes de 25 domaines d'expertise et dont plus de la moitié proposent aux coopérants des projets à l'étranger dont des MMCT (AQOCI, 2020). Soulignons ici que l'AQOCI n'a pas le rôle ni le mandat d'évaluer la qualité et l'efficacité des projets réalisés par les OCI. Comme il n'y a pas d'entité de gouvernance permettant d'observer, de contrôler et d'évaluer leurs interventions, chacune est indépendante et agit à sa guise.

Bien que les MMCT s'adressent à toute personne, étudiant, professionnel, bénévole ou retraité, les participants sont souvent du domaine de la santé (Martiniuk et *al.*, 2012). La majorité des MMCT sont à visée professionnelle, c'est-à-dire d'offrir des soins de santé, et, dans une moindre mesure, à des fins de formation (ex : stage) (Chapin et Doocy, 2010). Les principales activités des MMCT sont les consultations médicales générales (adultes et enfants), l'obstétrique et la gynécologie, la chirurgie, les soins dentaires et l'ophtalmologie (Chapin et Doocy, 2010; Caldron et *al.*, 2015). Par conséquent, les MMCT apportent des dons de médicaments afin de pouvoir réaliser leurs interventions et les laissent sur place à leur départ (Chapin et Doocy, 2010).

Les participants sont motivés par un désir profond d'aider ainsi que par un sens du devoir et de justice sociale (Chiu et *al.*, 2014; Langowski et Iltis, 2011; Wilson et *al.*, 2012). L'altruisme apparaît ici comme une valeur fondamentale et comme l'intention se veut pure, il est difficile de la critiquer (DeCamp, 2011). Plus spécifiquement, Rovers et *al.* (2016) ont analysé les réponses à un sondage administré à 35 étudiants en santé ayant pris part à une MMCT. Les principales motivations des répondants étaient le désir de philanthropie et d'aider les autres, d'interagir avec les autres cultures et autres professionnels de santé, les opportunités d'apprentissage et de développement des habiletés cliniques. De même, les principaux freins à participer à une MMCT étaient le coût du voyage et l'investissement de temps. Toutefois, ces résultats proviennent d'un faible échantillon d'une seule institution d'enseignement aux États-Unis dont les participants avaient soit participé à une MMCT en République Dominicaine ou dans une région rurale des États-Unis. Aussi, les répondants ont participé au sondage immédiatement à leur retour de MMCT, les réponses peuvent donc être influencées par leurs impressions « à chaud » de leur stage.

Les MMCT s'inscrivent régulièrement dans le cadre d'un partenariat avec une structure d'accueil (Sykes, 2014), laquelle reçoit généralement une contribution financière en échange de l'accueil, de l'infrastructure et de la logistique (Crump et Sugarman, 2008). Selon l'enquête de Chapin et Doocy (2010), une majorité des MMCT ont inclus l'équipe médicale locale à des fins de collaboration ou de formation et, lorsqu'il y avait des barrières linguistiques, ont travaillé avec des traducteurs locaux. Néanmoins, la présence d'une MMCT peut constituer un fardeau économique pour les partenaires (Suchdev et *al.*, 2007) voir même induire un conflit d'intérêts quant aux agendas (Berry, 2014). En effet, par crainte de nuire au partenariat, la structure d'accueil peut plus difficilement imposer ses restrictions, par exemple en exigeant une priorisation des interventions vers des domaines spécifiques tels que la santé communautaire. Cette image égoïste des MMCT, où les interventions suivent l'agenda de la MMCT et non les besoins prioritaires de la communauté, et ce, tout en utilisant les ressources locales, est dénoncée (Langowski et Iltis, 2011). Il est aussi critiqué que les activités des MMCT visent surtout le traitement pharmacologique de maladies aiguës qui pourraient être prévenues par de l'éducation à la santé (Martiniuk et *al.*, 2012; Wilson et *al.*, 2012). Or, les activités de santé communautaire

apparaissent moins intéressantes pour les MMCT que les interventions curatives (Martiniuk et al., 2012).

Les barrières linguistiques constituent une limite importante des consultations médicales lors des MMCT. En effet, même si le coopérant est accompagné par un traducteur, des problèmes de communication et de compréhension peuvent survenir (Hawkins, 2013; Jesus, 2010; Langowski et Iltis, 2011; Wall, 2011). Par exemple, il peut être difficile pour les patients d'identifier le statut professionnel des coopérants et leur autonomie à accepter ou à refuser les soins provenant de stagiaires n'est pas nécessairement respectée. Il peut donc y avoir des enjeux éthiques entre le respect de l'autonomie, le consentement aux soins et la bienfaisance (Aluri et al., 2018). En outre, les normes de pratiques médicales locales (ex : permis de pratique) sont souvent non-respectées par les MMCT (Chapin et Doocy, 2010). Ces lacunes peuvent être perçues négativement par les coopérants qui peuvent percevoir leurs interventions comme une forme de tourisme médical, ayant des impacts limités et non durables (Aluri et al., 2018) ou avoir l'impression d'utiliser les patients comme des « outils pédagogiques » (Shah et Wu, 2008).

L'accessibilité aux soins de santé est l'objectif central des MMCT (Sykes, 2014; Wilson et al., 2012). De nombreuses MMCT proposent des interventions médicales et traitements gratuits (voir Aubé et al., 2015; DeCamp et al., 2014; Green et al., 2009; Nouvet et al., 2016; Weng et al., 2015). Cette gratuité, bien que fondée sur une intention de justice sociale (Andrea Vicini, 2019), peut soulever des problèmes d'accès aux soins et aux médicaments, ainsi qu'au respect de la justice, de l'équité entre les patients et du respect du principe de *caring* (Aubé et al., 2015; DeCamp, 2007). En effet, la gratuité des médicaments peut encourager des patients à utiliser des stratégies pour les recevoir, par exemple modifier leur histoire médicale ou exagérer leurs symptômes (Aubé et al., 2015). Aussi, elle peut être un incitateur pour la population à retarder leur consultation auprès de la clinique locale afin d'être pris en charge gratuitement par la MMCT (Morales et al., 2019). La gratuité peut ainsi induire un effet imprévu et non désirable d'une intervention et contribue, dans une certaine mesure, à créer un double système. Toutefois, cet effet est en partie compensé par l'apport de soins à des personnes qui en ont réellement besoin et, dans certains cas, dont les problèmes de santé seraient plus difficiles à traiter en l'absence de la

MMCT. La connaissance de ces modalités, qui caractérisent les MMCT, permet de mieux contextualiser la pratique des dons de médicaments et les lacunes qui peuvent en découler.

Afin de limiter certaines conséquences négatives des MMCT sur les bénéficiaires, des guides de bonnes pratiques éthiques ont émergé (Crump *et al.*, 2010; Melby *et al.*, 2016; Stone et Olson, 2016). Ceux-ci visent l'ensemble des activités d'une MMCT (préparation, séjour, retour). Or, l'étude de Dainton *et al.*, (2020) l'adhérence des MMCT aux bonnes pratiques demeure faible. Plus concrètement, Crump *et al.* (2010) ont développé un guide de bonnes pratiques s'adressant aux institutions qui envoient et celles qui reçoivent les MMCT (10 recommandations), les stagiaires (14 recommandations) et les commanditaires (9 recommandations). Leur guide s'adresse ainsi à tous les acteurs prenant part aux MMCT et se veut généralisable à tout type de MMCT, pour des stagiaires de tout niveau et de toute discipline. Toutefois, les auteurs reconnaissent le peu de données scientifiques ayant servi à l'élaboration du guide, celle-ci provenant de diverses publications et de l'expérience des auteurs. Plus récemment, Stone et Olson (2016) ont fait une synthèse de guides éthiques pour les MMCT, dont celui de Crump *et al.* (2010) et de la Charte humanitaire du Projet Sphère (Le Projet Sphère, 2011 et 2015) qui reconnaît les Principes directeurs de l'OMS (WHO, 2011) comme standard de bonne pratique. Selon Stone et Olson (2016), les MMCT doivent respecter les principes suivant : partenariat, préparation, réflexion, support, durabilité et évaluation. Contrairement à Crump *et al.* (2010) qui énumèrent des recommandations spécifiques pour chaque catégorie d'acteurs, les principes de Stone et Olson (2016) sont rédigés à un niveau plus général et leur application et leur l'évaluation ne sont pas opérationnalisés. Par exemple, pour le principe de « Mission », il est indiqué que celle-ci peut être formelle ou informelle, individuelle ou institutionnelle, et « qu'en général, la mission englobera la lutte contre les disparités mondiales en matière de santé grâce aux services offerts » (traduction libre, Stone et Olson, 2016). Enfin, Melby *et al.* (2016) proposent un guide éthique ancré sur quatre grands principes s'adressant aux MMCT en contexte académique : renforcement des compétences en efficacité interculturelle et en humilité culturelle, relations participatives bidirectionnelles, renforcement des capacités locales et durabilité à long terme. Pour chacun de ceux-ci, les indicateurs de bonnes pratiques sont précisés. Spécifions que pour tous ces guides, les dons de médicaments, ou les dons de manière générale, ne font pas particulièrement l'objet de

recommandations exhaustives et spécifiques. Le cas échéant, elles se limitent à respecter les recommandations internationales, soit celles de l’OMS, à planifier les en collaboration avec le bénéficiaire et à éviter de créer un fardeau (Crump et *al.*, 2010; Stone et Olson, 2016; Suchdev et *al.*, 2007).

1.2.1.2 MMCT et rapports de pouvoir

Cette thèse s’intéresse à comprendre et à améliorer la pratique des dons de médicaments entre un OCI et son partenaire, elle n’a pas la prétention d’explorer les structures de pouvoir qui persistent entre les acteurs du Nord et du Sud dans le champ de la coopération internationale. Il s’agit plutôt de reconnaître, à partir de l’expérience des acteurs, que les dons de médicaments, en tant qu’objet social, sont liés à des relations de pouvoir existantes dans un contexte de MMCT et de coopération internationale. Afin de saisir cet enjeu dans sa globalité, cette section présente d’abord un survol historique des différentes conceptions de l’humanitaire. Puis, certaines relations de pouvoir actuellement impliquées dans l’aide au développement, dont les MMCT sont acteurs, sont discutées.

Depuis la fondation du Mouvement de la Croix-Rouge en 1876, l’humanitaire a connu cinq périodes (Audet, 2014). D’abord, l’humanitaire urgentiste visant à secourir les populations prises dans des conflits armés ou suite à des catastrophes naturelles. La seconde période coïncide avec l’après-Seconde Guerre mondiale, où de grands organismes sont créés pour soutenir la reconstruction de l’Europe et aussi pour diriger des grands projets de développement (Organisation des Nations Unies, Haut-Commissariat pour les Réfugiés, CARE, OXFAM, etc.). La troisième période correspond au mouvement « sans-frontériste » avec notamment la création de Médecins Sans Frontières en 1971. Ces organismes revendiquent des actions sanitaires avec un plaidoyer politique. Ensuite, il y a eu une spécialisation et une professionnalisation de l’humanitaire où des organismes ciblaient qu’un seul secteur d’intervention (ex : l’organisme Action contre la faim). C’est dans ce contexte de multiplication des acteurs qu’a vu le jour les initiatives de standardisation de la pratique tel que le Projet sphère. Enfin, la cinquième et dernière période est « l’humanitaire 2.0 » qui utilise les nouveaux médias, les technologies et l’information immédiate pour propulser des actions collectives (Audet, 2014). Aujourd’hui, l’architecture de l’humanitaire est vaste et complexe. De nouveaux secteurs ont émergé

(environnemental, sanitaire, technologique, droits humains, etc.) et se sont diversifiés tant aux niveaux spatial, organisationnel qu'interventionnel (Audet, 2014). Les acteurs proviennent d'une variété de milieux tels que gouvernemental, militaire, associatif, religieux, privé, académique, juridique, médiatique, civil, sans oublier les acteurs locaux (Le Coconnier et Pommier, 2009). L'ensemble de ces caractéristiques contribuent à l'hétérogénéité, à l'ambiguïté, au manque de coordination et d'efficacité de l'aide humanitaire (Schloms, 2005).

Cette transformation de l'humanitaire s'est fait également ressentir dans les pays en développement. Au Sénégal, avant l'indépendance en 1960, l'aide humanitaire visait le secours des populations vulnérables en contexte d'urgence et les actions provenaient des communautés locales et d'organismes externes (Salam Fall, 2016). Après l'indépendance, des politiques publiques ont été adoptées mais se sont avérées insuffisantes pour répondre aux demandes. En outre, divers facteurs politiques (ex : conflit sénégal-mauritanien), économiques (ex : crise arachidière, plans d'ajustement structurel), sociaux (ex : pandémie du VIH-SIDA, malnutrition) et environnementaux (ex : sécheresse) ont créé de nouveaux besoins sanitaires et sociaux. En réponse, des stratégies de développement communautaire ainsi que des ONG locales ont émergé et se sont tissées à l'aide extérieure provenant de nombreux acteurs (grands organismes humanitaires, ONG, organismes donateurs, associations diverses, etc.) (Salam Fall, 2016). Les ONG développementalistes adoptent alors une approche de substitution face à la pauvreté structurelle du pays et certaines associations et institutions locales y sont favorables (Thioune, 2015). On leur critique d'ailleurs le maintien d'un rapport de domination dans une continuité postcoloniale (Agier, 2010). Les ONG du Nord impliquées en Afrique sont confrontées à des échecs (ex : un puit construit dans un village mais non utilisé par la communauté). Par conséquent, leur approche de substitution, c'est-à-dire de faire pour les personnes démunies en leur apportant toutes les ressources nécessaires, n'a pas favorisé le développement des communautés (Assogba, 1991). Plusieurs raisons peuvent expliquer ces échecs, notamment que les ONG du Nord n'ont pas su reconnaître l'importance des réseaux internes d'aide dans les communautés rurales (coopératives, associations paysannes, comité de santé, groupes d'usagers, etc.) lesquelles sont autonomes et efficaces et qui auraient pu être un levier aux projets (Assogba, 1991). Par exemple, des ONG locales ont été impliquées

auprès des ONG du Nord pour la mise en œuvre des projets, mais avec peu de liberté d'initiative (Thioune, 2015). La forte présence des ONG développementaliste du Nord, et même de l'Est, en Afrique est critiquée comme étant un instrument d'affaiblissement de l'État et comme un maintien de la domination du Nord sur le Sud, notamment en ce qui concerne les modalités de distribution des financements par les grands bailleurs de fonds (Thioune, 2015). Aujourd'hui, il est revendiqué une aide au développement qui s'appuie sur les résiliences des communautés et des individus, qui soit organisée et mise en œuvre par les acteurs du Sud, qui renforce la solidarité verticale, dont l'initiative citoyenne, qui soit coordonnée et équilibrée (Fouquet, 2016; Salam Fall, 2016; Thioune, 2015).

Bien que le champ de l'humanitaire ait évolué, certaines relations de pouvoir entre les aidants et les aidés persistent. En effet, on a critiqué à l'aide au développement, en particulier à l'approche des organismes de l'après-guerre, sa vision occidentale et hégémonique du progrès (Escobar, 1999). Le terme même de « sous-développement » traduit une nomination occidentale et une imposition de la valeur de développement économique (Houegbé, 2002). En effet, c'est à cette période que les agences internationales ont imposé aux pays « sous-développés », malgré l'opposition politique de pays, dont les pays africains, des programmes tels que les Plans d'ajustement structurel pour les moderniser et les insérer dans des économies néolibérales (Coussy, 2006). Ces mesures qui s'inscrivaient dans une approche verticale (*top-down*) ont créé de nouvelles formes de pouvoir et de contrôle, les pays riches devenant les autorités, fournissant les experts pour chacun des secteurs d'intervention et identifiant les « problèmes » à résoudre (Escobar, 1999). Les formes de pouvoir se sont ainsi traduites par la normalisation du mode de vie occidental, le contrôle du savoir et la bureaucratisation des actions (Escobar, 1999). En outre, cette approche centralisatrice a révélé une divergence entre les priorités des acteurs et des bénéficiaires de l'aide, que ces derniers résistaient aux interventions externes et que les besoins et spécificités des populations étaient ignorés (Atlani-Duault, 2012).

Face à l'échec des mesures de l'aide au développement, les organismes ont remis en question leurs approches verticales et de substitution. La participation des populations aux interventions, dans une approche décentralisée, est apparue comme une solution (Atlani-Duault, 2012). C'est dans ce contexte, et dans une logique d'autonomisation et de

participation, que de nouvelles conceptions de l'aide au développement ont émergé telles que la coopération et le partenariat (Nord-Sud, Est-Sud, puis Sud-Sud). Aujourd'hui, le partenariat et le renforcement des capacités sont considérés comme l'approche centrale de l'aide au développement (PNUD, 2020, 2009; Véron, 2015) et seraient souhaitées par les acteurs du Sud (Thioune, 2015).

Par contre, de nombreuses barrières peuvent limiter la participation effective des communautés dans les interventions d'aide au développement. Par exemple, le manque de clarté et les différentes compréhensions culturelles du concept de participation, l'étroitesse des délais des financeurs pour la mise en œuvre des projets, des protocoles rigides d'intervention et de gestion de la part de l'organisme ainsi que la mémoire des communautés de leurs expériences passées avec d'autres projets (Médecins du Monde, 2013). Or, « La participation communautaire n'est ni automatique ni spontanée. Elle doit être comprise comme un système de comportements collectifs hétérogènes qui renvoie à des perceptions, des représentations et des pratiques différentes. » (Médecins du Monde, 2013, p.53). De même, le postulat de consensus communautaire doit être abandonné puisque qu'il y a des éléments non consensuels au sein des sociétés ainsi que des relations de pouvoir inévitables et nécessaires entre les individus (Olivier de Sardan, 2011). Dans le même sens, une autre limite est justement de ne pas reconnaître les relations de pouvoir déjà existantes et d'imposer de « donner du pouvoir » à d'autres personnes à partir de critères prédéfinis par l'organisme mais non culturellement et socialement validés (Médecins du Monde, 2013). Enfin, les organismes doivent aussi se donner les moyens de réussir, c'est-à-dire de se donner le temps nécessaire pour tisser des liens avec les communautés, apprendre à se connaître mutuellement et construire une culture commune de partenariat (Médecins du Monde, 2013). De même, les organismes doivent utiliser une démarche axée sur la compréhension du contexte socioculturel afin de planifier des actions efficaces et adaptées. En somme, le renforcement des capacités apparaît comme un principe vertueux mais difficilement applicable par les organismes et les communautés.

D'un autre point de vue, le renforcement des capacités s'inscrit dans un partenariat avec, lui aussi, des relations de pouvoir (Audet, 2016). D'abord, le concept même de renforcement des capacités traduit les relations de pouvoir où la communauté est vue

comme un objet avec un potentiel latent et que les organismes ont la capacité de le faire émerger. On critique ainsi la survalorisation et l'idéalisation du « peuple », forcément non autonome, avec des capacités insuffisamment utilisées et qu'il s'agit de défendre » (Olivier de Sardan, 2001). Ensuite, le partenariat est souvent proposé par l'organisme et le projet ne répond pas nécessairement à la demande locale (Thioune, 2015). Comme les projets sont planifiés en amont, ils seraient davantage un outil au service des organismes que pour les populations (Atlani-Duault, 2012). De plus, l'organisme, en tant que bailleur de fonds, imposerait les modalités organisationnelles et managériales du projet et le partenaire local se retrouve dans une position de dépendance pour la réalisation du projet et l'obtention des ressources (Thioune, 2015). Par conséquent, bien que les organismes humanitaires disent œuvrer pour renforcer les capacités de leurs partenaires, dans les faits, ils y parviendraient difficilement (Audet, 2016). Trois raisons expliqueraient ce constat : 1) l'importance de maintenir une image de marque vis-à-vis les donateurs, 2) la prise de décision basée selon les coûts/bénéfices pour l'organisme et 3) la nécessité d'assurer leur survie en tant qu'organisme (Audet, 2016). Ces raisons illustrent les rapports de pouvoir entre les organismes et les partenaires. En effet, la diffusion par les organismes d'une image héroïque de leurs coopérants « qui aident les pauvres » est une stratégie marketing efficace pour collecter des fonds. Or, celle-ci contribue à instrumentaliser l'image paternaliste et occidentaliste de l'humanitaire en plus de normaliser les inégalités de pouvoir entre celui qui donne et celui qui reçoit (Audet, 2016). Ensuite, comme les organismes sont les bailleurs des projets, la prise de décision est en fonction de ce qui est le plus avantageux pour eux. Enfin, leur survie dépend elle-même de leur rôle auprès des partenaires locaux. Puisque les organismes dépendent financièrement des bailleurs de fonds et qu'ils doivent éloigner les compétiteurs potentiels, ils n'ont pas intérêt à ce que les organisations locales deviennent entièrement autonome, autrement l'organisme deviendrait caduc (Audet, 2016).

En somme, le dispositif humanitaire a évolué, partant d'une intervention pour secourir les personnes, à l'aide au développement, au partenariat, puis au renforcement des capacités. Toutefois, ces nouvelles formes d'aide maintiennent et créent des relations de pouvoir entre les acteurs. Bien qu'elles soient inhérentes à toutes relations humaines, elles sont souvent non reconnues par les acteurs humanitaires.

1.2.2 Standards de la pratique des dons de médicaments

Cette section expose les standards existants pour encadrer la pratique des dons de médicaments. D'abord, sont décrits les Principes directeurs de l'OMS. Ensuite, les recommandations pour les dons de médicaments en contexte de MMCT sont discutées.

1.2.2.1 Les Principes directeurs de l'OMS

Les Principes directeurs de l'OMS pour les dons de médicaments constituent les lignes directrices pour encadrer tout don de médicaments, dont ceux en contexte de MMCT (Gorske, 2009; Olenick et Edwards, 2016; Roche et *al.*, 2017; Sykes, 2014). Ce guide prend ancrage sur quatre grands principes fondamentaux : 1) Utilité maximale, 2) Respect, 3) Coordination et collaboration et 4) Normes de qualité identique (WHO, 2011). À partir de ces grands principes, le guide présente les 12 Principes directeurs qui ciblent : a) la planification, b) la sélection des médicaments, c) l'assurance qualité et la conservation, d) la présentation, l'emballage et l'étiquetage, e) l'information et la gestion (voir Annexe 1).

Spécifiquement, les médicaments remis en dons devraient : être basés sur un besoin exprimé par le bénéficiaire, adaptés au profil épidémiologique, être approuvés dans le pays bénéficiaire, être inscrits sur la LNMPE, avoir une présentation, un dosage et une forme pharmaceutique analogues à ceux utilisés par le bénéficiaire, provenir de sources fiables, être conformes aux normes de qualité des pays donateur et bénéficiaire, ne pas être des médicaments retournés à la pharmacie par des particuliers ni être des échantillons commerciaux, être étiquetés dans une langue comprise par le bénéficiaire avec les informations conformes aux normes, être conditionnés en grandes quantités et conformément aux règlements internationaux, le bénéficiaire devrait être avisé de tous les dons de médicaments qui lui seront remis, la valeur déclarée du don devrait être basée sur son prix de gros dans le pays donateur ou sur le marché mondial et, enfin, tous les coûts devraient être à la charge de l'organisme donateur (WHO, 2011).

Les Principes directeurs de l'OMS pour les dons de médicaments ne sont pas facilement applicables. Déjà avec la deuxième édition du guide (OMS, 1999), des difficultés d'utilisation par les donateurs et les bénéficiaires étaient soulevées (Djojodibroto, 2011). L'étude de Djojodibroto (2011) porte sur les dons de médicaments suite au tsunami au Sri Lanka et en Indonésie en 2004 à partir d'une analyse de données secondaires obtenues par

des publications académiques et scientifiques rédigées en anglais ou en indonésien. Ainsi, pour chacun des 12 Principes directeurs, les forces et les limites de leur application sont décrites. Parmi les forces, Djodjodibroto (2011) souligne que chaque Principe est rédigé clairement et ne peut porter à confusion pour le lecteur. Quant aux limites, celles-ci concernent les erreurs d'interprétation de certains termes (ex : sélection dans une forme analogue dans la mesure du possible), la complexité d'application de certains Principes (ex : obtenir la certification de la conformité aux normes qualité du pays bénéficiaires) ou la méconnaissance de l'existence de d'autres guides et politiques nationales pouvant être publiés dans la langue officielle du pays sur le site Web du Ministère de la santé.

Avec la troisième édition du guide (WHO, 2011), des changements ont été apportés sur des notions-clés telles que la collaboration et l'importance de l'évaluation des dons. Or, cette nouvelle édition a été critiquée, notamment pour la confusion autour de certains termes, les mésinterprétations de certains Principes ainsi que pour son manque de pragmatisme et de flexibilité (Cañigüeral-Vila et *al.*, 2015). En tenant compte de ces limites, Cañigüeral-Vila et ses collaborateurs (2015) recommandent d'ajouter des outils tels que des organigrammes, un échancier-type, une procédure pour faciliter le refus des dons par les bénéficiaires, des listes à cocher et des images pour concrétiser le processus de donation. A ce jour, et à notre connaissance, de tels outils n'ont pas vu le jour.

1.2.2.2 Recommandations sur les dons de médicaments en contexte de MMCT

Hormis la publication de Gorske (2009) et de celle de Brown et Ferrill (2012), il y a une paucité de recommandations spécifiques aux dons de médicaments en contexte de MMCT. Celles-ci sont le plus souvent intégrées dans des articles abordant les recommandations générales des MMCT. D'ailleurs, dans leur revue systématique, Roche et *al.* (2017) rapportent que seulement 15 des 92 articles recensés (16 %) proposent des recommandations sur les dons de médicaments. De manière générale, il est recommandé de respecter les Principes directeurs de l'OMS, d'avoir une pratique réfléchie des dons de médicaments, notamment sur les effets à long terme et les risques de complications, d'avoir des connaissances sur les lois d'exportation et d'importation de médicaments, sur la langue et la culture, de recourir aux services d'interprètes, de prévoir un suivi des patients avec des dossiers médicaux et d'utiliser des guides cliniques et thérapeutiques locaux (Gorske,

2009; Iserson, 2014; Olenick et Edwards, 2016; Roche et *al.*, 2017; Rowthorn et *al.*, 2019; Sykes, 2014). Aussi, l'OMS rappelle que tout organisme donateur doit respecter les quatre grands principes fondamentaux pour les dons de médicaments (bénéfices, respect, qualité, collaboration), respecter les directives nationales pour les dons de médicaments et se conformer aux besoins prioritaires du bénéficiaires (WHO, 2011). De plus, l'OMS encourage les organismes donateurs à sensibiliser le grand public aux bonnes pratiques (WHO, 2011). Enfin, le recours aux médicaments déjà utilisés par le pays, c'est-à-dire ceux provenant des mêmes fabricants ou déjà homologués est encouragé (WHO, 2011).

1.2.3 Lacunes des dons de médicaments lors des MMCT

Lors des MMCT, les dons de médicaments circulent sur des trajectoires variées composées de différentes étapes telles que la planification, la sélection, la préparation, la distribution et l'utilisation par les bénéficiaires. Comme tout don de médicaments, ils devraient respecter les Principes directeurs de l'OMS. Or, la littérature fait état de nombreuses lacunes avant, pendant et après les MMCT. Cette section présente une synthèse de ces lacunes avec, le cas échéant, le Principe directeur de l'OMS qui s'y rapporte.

1.2.3.1 Planification et identification des besoins en médicaments

L'un des principes fondamentaux de l'OMS pour les dons de médicaments est : « Il devrait y avoir une coordination et une collaboration efficace entre le donateur et le bénéficiaire, et tous les dons doivent être faits selon un plan formulé par les deux parties » (traduction libre, WHO, 2011, p. 4). De même, les Principes directeurs #1 et #10 stipulent :

Principe 1. Tous les dons de médicaments devraient être basés sur un besoin exprimé, être adaptés au profil épidémiologique du pays bénéficiaire et les quantités devraient être convenues entre le donateur et le bénéficiaire.

Principe 10. Les dons de médicaments devraient être conjointement planifiés et la collaboration entre les donateurs et les bénéficiaires devraient être initiée dès que possible. Les dons de médicaments ne devraient pas être expédiés sans avoir d'abord le consentement du bénéficiaire.

(traduction libre, WHO, 2011, pp. 8 et 11)

Les principes de la planification et de la collaboration entre les donateurs et bénéficiaires sont ainsi au cœur des Principes directeurs de l'OMS (WHO, 2011). En contexte de MMCT, les dimensions collaborative et égalitaire du partenariat sont également largement

reconnues comme des principes éthiques et de pratiques exemplaires (voir Cheng et Rodriguez, 2019; Crump *et al.*, 2010; Lasker *et al.*, 2018; Maki *et al.*, 2008; Melby *et al.*, 2016; Roche *et al.*, 2017; Rozier *et al.*, 2017; Stone et Olson, 2016). Il est ainsi recommandé que les dons de médicaments soient planifiés en collaboration entre le donateur et le bénéficiaire et qu'ils respectent les besoins identifiés par les bénéficiaires (Brown et Ferrill, 2012, Chastang, 2008; Scopelliti *et al.*, 2014; WHO, 2011). Or, cette collaboration peut être marquée par des relations de pouvoir asymétriques notamment lorsque l'organisme décide des interventions cliniques à prioriser durant la MMCT (Berry, 2014; Langowski et Iltis, 2011; Lough *et al.*, 2018; Rozier *et al.*, 2017). Ces écrits et études ont mis en évidence que la planification des interventions est surtout déterminée en fonction des intérêts de la MMCT et non du partenaire.

Parmi les « bonnes pratiques », certaines MMCT ont fait une analyse préliminaire des besoins du partenaire et ont appliqué certains des Principes directeurs de l'OMS (Aubé *et al.*, 2015; Brown et Ferrill, 2012; Scopelliti *et al.*, 2014). En outre, si certaines MMCT ont vérifié les questions liées à l'importation des médicaments (Weng *et al.*, 2015), cette mesure demeure peu appliquée par les MMCT (Chapin et Doocy, 2010; Rowthorn *et al.*, 2019). Malheureusement, les démarches pour la planification des dons de médicaments sont peu détaillées dans les écrits portant sur la préparation des MMCT (Kalbarczyk *et al.*, 2019) et dans les études réalisées auprès de MMCT (voir DeCamp *et al.*, 2014; Green *et al.*, 2009; Nouvet *et al.*, 2016).

1.2.3.2 Collecte, sélection, préparation et transport

La qualité des médicaments collectés et sélectionnés pour les dons est centrale aux Principes directeurs de l'OMS. En effet, quatre Principes ciblent ces étapes:

Principe 2. Tous les médicaments donnés ou leurs équivalents génériques doit être approuvée dans le pays bénéficiaire et devraient figurer sur la liste nationale des médicaments essentiels ou, à défaut de liste nationale, sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels, à moins que le bénéficiaire n'ait expressément donné des indications contraires et une justification.

Principe 4. Tous les médicaments qui font l'objet de dons devraient provenir de sources fiables et être conformes aux normes de qualité du pays donateur et du pays bénéficiaire. Le système OMS de Certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international devrait être utilisé.

Principe 5. Des médicaments qui ont été délivrés aux patients puis retournés à la pharmacie ou à d'autres officines, ou qui ont été distribués aux membres des professions de santé sous forme d'échantillons gratuits, ne devraient pas faire l'objet de dons.

Principe 6. A leur arrivée dans le pays bénéficiaire, tous les médicaments faisant l'objet de dons devraient être encore valables au moins une année.

(traduction libre, WHO, 2011, pp. 9 et 10)

Les processus de collecte des médicaments et de leur sélection sont peu mentionnés dans les écrits consultés. Parmi les méthodes de collecte citées, on retrouve la sollicitation auprès des pharmaciens ou des organismes fournisseurs de médicaments humanitaires ainsi que l'achat de médicaments en vente libre en pharmacie (Brown et Ferrill, 2012). Les préoccupations concernent principalement la prévision d'un budget et de temps suffisant pour acquérir les médicaments et préparer la MMCT (Brown et Ferrill, 2012, Caldron et al., 2016; Rovers et al., 2016). De même, peu de MMCT respecteraient les lois et réglementations concernant l'exportation de médicaments et celles sur l'importation dans le pays d'accueil (Rowthorn et al., 2019).

Dans les Principes directeurs de l'OMS, trois concernent la présentation des médicaments, soit le dosage et la forme pharmaceutique des médicaments, la conformité aux normes de qualité, le refus des médicaments retournés à la pharmacie et des échantillons et l'étiquette libellée dans une langue comprise par les bénéficiaires :

Principe 3. La présentation, le dosage et la forme pharmaceutique des médicaments donnés devraient, dans la mesure du possible, être analogues aux médicaments communément utilisés dans le pays bénéficiaire.

Principe 7. Les étiquettes de tous les médicaments devraient être libellées dans une langue comprise par les professionnels de la santé du pays bénéficiaire. L'étiquette figurant sur chaque emballage individuel devrait mentionner au moins la dénomination commune internationale (DCI) ou le nom générique, le numéro de lot, la forme pharmaceutique, la teneur en principes actifs, le nom du fabricant, la quantité contenue dans l'emballage, les conditions de conservation et la date de péremption.

Principe 8. Les médicaments donnés devraient être conditionnés en paquets adaptés pour le bénéficiaire et approprié pour le contexte dans lequel ils seront distribués ou dispensés.

(traduction libre, WHO, 2011, pp. 9, 10 et 11)

Certaines MMCT sélectionnent les médicaments à partir d'une liste fournie par la structure d'accueil (Aubé et *al.*, 2015; Brown et Ferrill, 2012; Scopelliti et *al.*, 2014). Or, lorsque les MMCT ne s'appuient pas sur une telle liste, les médicaments sélectionnés peuvent ne pas faire partie de la LNMPE (Gorske, 2009; Nouvet et *al.*, 2016).

Les dons d'échantillons commerciaux et de médicaments personnels sont aussi critiqués (Gorske, 2009; Hawkins, 2013; Seager et *al.*, 2010). Toutefois, ils sont courants lors des MMCT (Buchman, 2007) comme cela a été constaté par l'étudiante-chercheuse lors d'expériences de MMCT. En effet, les coopérants laissaient leurs médicaments personnels avant de quitter le milieu en disant « je n'en n'aurai plus de besoin, autant que ça serve ici ». Dans le même sens, les dons de médicaments périmés sont fréquents. Par exemple, l'enquête de Chapin et Doocy (2010) révèle que 11 % des MMCT ayant fait des dons de médicaments ont donné des médicaments expirés. Ces dons inappropriés peuvent s'appuyer sur des croyances erronées de la part des donateurs. D'ailleurs, Solheim (2007) mentionne que certains pays, sans préciser lesquels, acceptent que les médicaments peuvent être donnés jusqu'à six mois après leur péremption. Toutefois, ces dons sont dénoncés dans les recommandations internationales (WHO, 2011).

Le transport des dons de médicaments lors des MMCT est une étape peu décrite par les articles. Ceux-ci indiquent qu'ils sont généralement transportés dans les valises des coopérants (Aubé et *al.*, 2015; Brown et Ferrill, 2012; Solheim, 2007). Bien qu'ils doivent être conditionnés dans leur emballage d'origine (WHO, 2011), certaines MMCT mettent les médicaments en vrac dans des sachets de plastique identifiés par une étiquette manuscrite (Roberts, 2006; Solheim, 2007). De plus, les médicaments peuvent être séparés dans différentes valises, comme avec les effets personnels du coopérant, pour les « sécuriser » en cas de perte (Solheim, 2007). Enfin, l'importance d'avoir un inventaire des dons notamment pour faciliter le passage aux douanes a été souligné (Seager et *al.*, 2010).

1.2.3.3 Donation, prescription et enseignement

Les Principes directeurs ne recommandent rien pour la remise des dons des médicaments. Néanmoins, ceux-ci devraient être remis à des professionnels de santé autorisés à détenir et prescrire des médicaments (Brown et Ferrill, 2012; Gorske, 2009; Seager et *al.*, 2010). Si cette pratique semble être courante, l'enquête de Chapin et Doocy (2010) indique que

certaines MMCT ont remis leurs dons de médicaments à des non professionnels de santé. De plus, lorsque les professionnels locaux peuvent méconnaître les médicaments remis, des erreurs de prescription peuvent survenir (Currie et Pust, 2006) ainsi que des risques d'interactions médicamenteuses et de surdosages (Gorske, 2009).

L'étape de la prescription des dons de médicaments ne fait pas l'objet de recommandations particulières par l'OMS. Toutefois, la consultation médicale, et la prescription qui s'ensuit, constitue une activité au cœur des MMCT (Chapin et Doocy, 2010). Comme la prescription de médicaments s'inscrit dans le cadre d'une consultation et plus globalement dans une relation de soins, la section ci-dessous décrit les lacunes de la consultation dans sa globalité (acte de prescrire et enseignement de la médication).

Dans le contexte des MMCT, les dons de médicaments peuvent être prescrits par les coopérants et cette activité doit se faire de manière rationnelle¹ (OMS, 2017). Au Québec, l'ordonnance médicale exige une qualification reconnue par un ordre professionnel (Gouvernement du Québec, 2015; 2016). De même, il est nécessaire que les MMCT respectent les normes professionnelles du pays d'accueil (Tazelaar, 2011). Or, des exemples de coopérants-prescripteurs non qualifiés et insuffisamment supervisés ont été décrits (Aluri et al., 2018; Martiniuk et al., 2012). Par conséquent, les coopérants peuvent manquer de connaissances et d'habiletés cliniques menant à une évaluation incomplète puis possiblement à une prescription et à un traitement erronés ou incomplets (Laleman et al., 2007; Langowski et Iltis, 2011; Stone et Olson, 2016). Ces lacunes sont un enjeu pour la qualité des soins offerts aux patients (Lasker et al., 2018; Roche et al., 2017). D'un autre côté, les coopérants peuvent être confrontés à une survalorisation de leurs compétences, par exemple être invités à prescrire alors qu'ils n'ont pas la compétence ou le droit de le faire (Rowthorn et al., 2019). Enfin, une détresse morale peut se manifester chez les coopérants par exemple lorsqu'ils ressentent avoir un trop haut niveau de responsabilités en lien avec la consultation médicale et l'acte de prescrire (Aluri et al., 2018).

¹ « L'usage rationnel des médicaments suppose que les patients reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, dans des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate et au coût le plus bas pour eux-mêmes et leur collectivité » (OMS, 2017, s.p.)

Les coopérants peuvent aussi avoir des pratiques de prescription différentes de l'équipe médicale locale menant à une certaine confusion pour les patients (Prescott *et al.*, 2018). D'ailleurs, il a été documenté que peu de MMCT utilisent les protocoles thérapeutiques nationaux en vigueur dans le pays pour établir les diagnostics et prescriptions (Chapin et Doocy, 2010; Cheng *et al.*, 2019; Dainton *et al.*, 2016) bien que cette pratique soit recommandée (McCurry et Aldulaimi, 2018; Roche *et al.*, 2017). Des écarts et des erreurs de prescription peuvent ainsi survenir (Gorske, 2009; Nouvet *et al.*, 2018; Prescott *et al.*, 2018; Seager *et al.*, 2010). Ces méthodes de prescription différentes peuvent devenir un fardeau pour l'équipe locale après le départ de la MMCT (Roche *et al.*, 2017; Sykes, 2014). En effet, lorsqu'il n'y a pas de dossiers médicaux ou qu'ils ne sont pas remplis par les coopérants, l'équipe locale peut difficilement assurer le suivi sans compter les risques de duplicatas de prescriptions et le manque de médicaments pour poursuivre les traitements (Berry, 2014). La connaissance et le respect des pratiques locales de prescription, ainsi que des protocoles thérapeutiques nationaux et locaux sont recommandés (Dainton *et al.*, 2020; Gorske, 2009; McCurry et Aldulaimi, 2018; Rozier *et al.*, 2017).

Concernant la relation de soins et la communication entre les coopérants et les patients, les barrières linguistiques et culturelles sont un frein connu à la qualité des soins (Chiu *et al.*, 2014; Lough *et al.*, 2018; Olenick et Edwards, 2016; Roche *et al.*, 2017; Rovers *et al.*, 2016; Steinke *et al.*, 2015; Stone et Olson, 2016). D'ailleurs, les coopérants reconnaissent que les barrières linguistiques augmentent le risque d'erreurs, de complications et d'effets secondaires liés à une mauvaise compréhension des médicaments prescrits (Aluri *et al.*, 2018; Rovers, 2016; Watzak *et al.*, 2015). De plus, les coopérants ne prennent pas toujours le temps de faire un enseignement adéquat sur la médication (Gorke, 2009), ne vérifient pas systématiquement la compréhension des patients (Seager *et al.*, 2010) et de son côté, le patient peut avoir une interprétation culturelle différente de sa maladie et des médicaments, influençant son adhérence au traitement (Wall, 2011). Bien que le recours à des interprètes informels ou à des membres de la famille pour communiquer avec le patient soit usuel lors des MMCT (Chapin et Doocy, 2010; Chiu *et al.*, 2014), cette stratégie comporte de nombreuses limites tels que le filtrage des informations, le manque de confidentialité et l'inversion de rôles familiaux (Prescott *et al.*, 2018; Tazelaar, 2011; Vissandjée et Dupéré, 2000). Enfin le manque de sensibilité culturelle à l'égard des patients et des professionnels

locaux a été dénoncé (Lasker et *al.*, 2018; Langowski et Iltis, 2012; Martiniuk et *al.*, 2012). Parce que les barrières culturelles et linguistiques sont inévitables lors des MMCT et que les risques d'erreurs d'utilisation par les patients sont importants, le développement de la compétence culturelle et d'habiletés en communication interculturelle apparaissent essentiels (Chiu et *al.*, 2014; Jesus, 2010), et ce, particulièrement pour l'étape de la prescription et de l'enseignement de la médication.

1.2.3.4 *Gestion locale*

Les Principes directeurs de l'OMS préconisent d'atténuer l'impact des dons de médicaments sur la gestion locale des bénéficiaires. Deux Principes ciblent cette étape de la trajectoire :

Principe 6. (...) Les grandes quantités de médicaments donnés deviennent des défis logistiques, même s'ils ont une longue durée de conservation.

Principe 12. Les coûts des transports locaux et internationaux, de l'entreposage, du dédouanement, et du stockage et de la manutention dans de bonnes conditions devront être à la charge de l'organisme donateur, à moins qu'il n'en ait été décidé autrement en accord avec le bénéficiaire.

(traduction libre, WHO, 2011, pp. 10 et 12)

Lors des MMCT, bien que les dons de médicaments soient le plus souvent aux frais des donateurs et des coopérants, des frais indirects engagés par les bénéficiaires sont à considérer. Par exemple, la structure doit faire l'inventaire des dons de médicaments et assurer leur gestion, cela exige du temps et des ressources humaines (Green et *al.*, 2009). De surcroît, la gestion de la destruction des médicaments inappropriés est une autre source de fardeau (Chastang, 2008).

Après la donation, il peut survenir que les médicaments remis aux bénéficiaires soient utilisés à d'autres usages que ceux prévus initialement (Baxerre, 2013; Egrot, 2015; Laplante, 2004). Les dons peuvent ne pas être utilisés, être redonnés à des membres de la famille, revendus à des fins privées ou se retrouver sur des marchés parallèles (Chastang, 2008; Egrot, 2015). Ces risques de détournements contribuent à un sentiment de méfiance pour les coopérants (Harrisson et *al.*, 2016).

En dernier lieu, bien que l'évaluation soit un principe central des lignes directrices sur les MMCT (Cheng et Rodriguez, 2019; Crump et *al.*, 2010; Lasker et *al.*, 2018; Maki et *al.*, 2008; Roche et *al.*, 2017), l'OMS ne propose pas de recommandations spécifiques sur le suivi postdonation. Effectuer un tel suivi permettrait aux organismes d'évaluer leur pratique et apporter des améliorations (Brown et Ferrill, 2012; Rozier et *al.*, 2017).

1.2.4 Conséquences des dons de médicaments lors des MMCT

Les dons de médicaments comportent de nombreuses conséquences, à la fois bénéfiques et nuisibles, pour les donataires. Cette section présente les principales conséquences sur les plans économique et thérapeutique.

Sur le plan économique, les dons de médicaments peuvent combler des manques de stock dans la pharmacie locale et, lorsqu'ils sont revendus, être une source de revenu pour la structure d'accueil (Laleman et *al.*, 2007; Melby et *al.*, 2016). Ils peuvent ainsi renforcer les capacités locales de la structure, principe encouragé notamment dans les lignes directrices portant sur les MMCT (Lasker et *al.*, 2018). Néanmoins, lorsque les dons sont inappropriés et que les bénéficiaires doivent en assumer la gestion, ils peuvent aussi être un fardeau économique (Chastang, 2008). De plus, lorsqu'une MMCT apporte une quantité importante de médicaments, il peut y avoir une concurrence avec les réseaux locaux d'approvisionnement tels que la pharmacie nationale, les grossistes et les officines privées) (Arribe, 2013; Rovers et *al.*, 2016; Wilson et *al.*, 2012; Zink, 2012).

Dans un autre ordre d'idées, l'apport de dons de médicaments par les MMCT peut laisser la structure d'accueil dans une forme de victimisation au départ du groupe (Anderson et Wansom, 2009). En effet, bien que ces dons permettent de répondre temporairement à des besoins matériels, ils peuvent affecter les capacités d'autonomie de la structure à trouver une solution à long terme (Stone et Olson, 2016), voir créer une situation de dépendance (Chastang, 2008; DeCamp, 2007; Rovers et *al.*, 2016).

Sur le plan thérapeutique, les dons de médicaments peuvent favoriser l'accès aux traitements (DeCamp et *al.*, 2014; Green et *al.*, 2009; Nouvet et *al.*, 2018) et sauver des vies (WHO, 2011). Néanmoins, des enjeux de respect de la justice, d'équité et du respect du principe de *caring* peuvent être soulevés (Aubé et *al.*, 2015; DeCamp, 2007). En effet, puisque la quantité de médicaments remis par les MMCT est limitée, ce ne sont pas toutes

les personnes d'une communauté qui pourront en bénéficier de manière équitable, et ce, durant le séjour même de la MMCT. De même, la continuité des soins et notamment l'accès aux traitements après le départ des MMCT sont également questionnés (Roche et *al.*, 2017; Zink, 2012). Par exemple, certains traitements initiés par les coopérants peuvent être discontinués faute d'accès à ces médicaments dans le pays. Cette situation peut survenir lorsque les médicaments donnés ne sont pas inscrits sur la LNMPE.

Il a aussi été observé que des patients retardaient leur consultation auprès de la clinique locale pour être pris en charge gratuitement ou à plus faible coût par les coopérants (Morales et *al.*, 2019). Or, les erreurs de prescription, surtout lorsque les médicaments sont méconnus des prescripteurs locaux ou lorsque les coopérants ne sont pas qualifiés pour prescrire, peuvent avoir des conséquences graves pour les patients : traitement inapproprié, réaction allergique, intoxication médicamenteuse, complications hépatique ou rénale, surdosage, voir même le décès (Gorske, 2009, Hawkins, 2013, Seager et *al.*, 2010; Sykes, 2014). Enfin, les barrières linguistiques et culturelles peuvent complexifier les soins avec des erreurs de diagnostic, un traitement sous-optimal ou inadéquat ainsi qu'une plus faible compliance aux traitements (Carnavale et *al.*, 2009). Il faut ajouter que les coopérants peuvent aussi être confrontés à des problèmes éthiques lors de leurs interventions notamment en lien avec la prescription et l'enseignement de la médication, tels que l'incompréhension de leurs compétences en tant que prescripteurs par l'équipe locale, la peur que le patient n'ait pas bien compris l'enseignement de la médication ainsi que le sentiment de culpabilité et d'impuissance face au manque de médicaments pour traiter les patients (Aluri et *al.*, 2018; Elit et *al.*, 2011).

1.2.5 Dimensions sociales du médicament

Cette dernière section de la recension des écrits décrit d'abord comment les dons de médicaments lors des MMCT sont non seulement un objet thérapeutique mais également un objet social s'inscrivant dans une relation thérapeutique. Afin de mettre en évidence leur dimension sociale, les perceptions des acteurs sur ces dons sont aussi présentées.

1.2.5.1 Trajectoires du médicament

Le médicament est un objet entouré de pratiques sociales et culturelles, c'est-à-dire qu'il est caractérisé par des normes, des croyances, des comportements et des usages qui

s'inscrivent dans un contexte singulier (Fainzang, 2001; Lévy et *al.*, 2007). Il est également un objet chargé de significations, « en mouvement, soumis à des transactions sociales et des changements de sens aux étapes qui vont de la production à la consommation » (Desclaux et Egrot, 2015, p. 20). La trajectoire évoque les différentes étapes de la vie d'un médicament allant de sa production à sa consommation. Spécifiquement aux dons de médicaments, Mariacher et *al.* (2008) propose une représentation de leurs trajectoires dans deux environnements distincts: le système du donateur et le système du bénéficiaire. Ainsi, le médicament circule unilatéralement du donateur au bénéficiaire puis du bénéficiaire au patient avec un réseau de communication réciproque. Or, cette représentation ne rend pas compte des dimensions cyclique, sociale et symbolique des dons. Dans le même sens, Garnier (2003) rappelle que la trajectoire des médicaments s'inscrit dans des interactions sociales. Ainsi, les acteurs impliqués sont reliés entre eux par le médicament, ce dernier devenant un médiateur social : « Ainsi, séquences du médicament et interrelation des acteurs constituent, dans ce point de vue, un système de relations dynamiques à la manière d'une chaîne dont les maillons sont enchevêtrés et solidaires les uns aux autres » (Garnier, 2003, p. 229). Par conséquent, l'analyse de la trajectoire du médicament ne peut se faire sans la considération des rapports sociaux entre les différents acteurs.

Dans ce même ordre d'idées, dans le contexte médical, le médicament participe à des systèmes d'échanges significatifs où les dimensions symboliques d'amitié, de dévouement et de sollicitude contribuent à renforcer les relations sociales (Van der Geest et White, 2003). Le médicament peut ainsi influencer la relation de soins entre le soignant et le soigné (Benoist, 2008; Fainzang, 2001). Enfin, le médicament véhicule un rapport de savoir et de pouvoir (Desclaux et Lévy, 2003) et, lorsqu'il est introduit dans un contexte culturel différent, il est réinterprété dans un savoir local et populaire (Laplante, 2004; Massé, 2008).

1.2.5.2 Perceptions des dons de médicaments lors des MMCT

La perception est un concept interdisciplinaire complexe qui est décrit et opérationnalisé différemment selon les domaines d'étude et les théories. En sciences infirmières, une analyse conceptuelle définit la perception comme étant « an individual's or group unique way of viewing a phenomena, involving the processing of stimuli, and incorporating

memories and experiences in the process of understanding » (McDonald, 2012, p. 8). De plus, la perception résulterait en l'élaboration d'une image mentale qui contribue à une prise de décision d'agir ou de ne pas agir (McDonald, 2012).

A notre connaissance, les perceptions des coopérants sur les dons de médicaments lors des MMCT n'ont pas été documentées. Par conséquent, cette section présente les principales perceptions des coopérants sur leurs interventions effectuées lors de leur MMCT.

Lors des MMCT, les perceptions des coopérants sur l'aide apportée sont surtout positives, liées à l'intention altruiste de leur action et constituent une source de valorisation (Berry, 2014; DeCamp, 2007; Wilson et *al.*, 2012). Toutefois, l'historique du missionariat et les initiatives politiques et sociales d'aide au développement dans le pays des coopérants (Beudet, 2009), l'historique de la colonisation et de la décolonisation, une méconnaissance des cultures (Chastang, 2008), l'influence des médias (Saillant, 2007) et les stratégies marketing des organismes humanitaires (Audet, 2016) sont des facteurs qui peuvent biaiser la perception des coopérants de ce qu'est une bonne aide. Par exemple, ils peuvent surestimer les besoins des bénéficiaires et considérer que toute aide est bonne à donner, et pouvant ainsi résulter à des interventions inappropriées (Maki et *al.*, 2008). Certains coopérants peuvent même ressentir un malaise avec l'image paternaliste des MMCT (Elit et *al.*, 2011) et avoir l'impression d'un déséquilibre entre ce qu'ils ont reçu et ce qu'ils ont apporté au milieu clinique, voir même se sentir un fardeau (Aluri et *al.*, 2018; Elit et *al.*, 2011; Watzak et *al.*, 2015).

Du côté des bénéficiaires, les dons de médicaments sont généralement considérés positivement (Aubé et *al.*, 2015; Decamp et *al.*, 2014; Green et *al.*, 2009; Morales et *al.*, 2019; Nouvet et *al.*, 2018; Weng et *al.*, 2015). Toutefois, leurs perceptions peuvent aussi être influencées par divers facteurs dont la durée de la présence de la MMCT, l'environnement social, politique et religieux, la structure du système d'aide et les relations de pouvoir (Abu-Sada, 2012). En effet, les bénéficiaires peuvent eux-mêmes avoir une image négative de leurs conditions socio-économiques pouvant expliquer leur appréciation des soins reçus par les MMCT (DeCamp et *al.*, 2014; Green et *al.*, 2009; Nouvet et *al.*, 2018). Ils expriment généralement une reconnaissance et une gratitude à l'égard des MMCT (DeCamp, 2014; Green et *al.*, 2009; Nouvet et *al.*, 2016). La présence des MMCT

aussi est perçue comme un geste important de solidarité humaine et d'espoir (DeCamp et *al.*, 2014; Martiniuk et *al.*, 2012; Schober, 2007) et où les médicaments seraient aussi une expression du prendre soin (DeCamp, 2007). De même, les patients peuvent percevoir les médicaments provenant des pays développés comme ayant un pouvoir thérapeutique supérieur à la médecine locale et s'attendre qu'il existe un médicament pour chaque problème de santé (Aubé et *al.*, 2015; DeCamp, 2007; Wilson et *al.*, 2012). Enfin, les dons de médicaments peuvent aussi être perçus négativement par les bénéficiaires, par exemple lorsque les dons sont périmés ou lorsqu'ils ne répondent pas à leurs besoins, ces dons sont alors perçus comme un fardeau (Green et *al.*, 2009; Lough et *al.*, 2018). On peut se demander si les faibles perceptions négatives qui se dégagent des écrits illustrent, tel qu'expliqué par Berry (2014), un conflit d'intérêts entre les bénéficiaires et les MMCT où par peur de perdre ou de nuire au partenariat, les bénéficiaires ne critiquent pas les interventions, dont les dons, des MMCT.

En résumé, cette recension des écrits a situé les dons de médicaments en tant que pratique humanitaire et en tant qu'objet social. D'abord, les principales caractéristiques des MMCT ont été exposées. Celles-ci se distinguent par des modalités opérationnelles particulières et par une démarche caritative qui comprend une dimension relationnelle centrale entre les coopérants et les bénéficiaires (DeCamp, 2014). C'est, entre autres, dans cette intention altruiste que s'inscrivent les dons de médicaments. Malgré l'existence de recommandations pour les dons de médicaments, de nombreuses lacunes ont été documentées. Celles-ci peuvent mener à des conséquences économiques et thérapeutiques. Le respect des standards de pratique constitue le maillon essentiel pour rehausser la qualité de ces dons. Enfin, la dernière section de ce chapitre a situé les dons de médicaments comme un objet social. Il a été démontré que les dons de médicaments en contexte de MMCT ne sont pas qu'une aide matérielle et semblent être associés à une dimension relationnelle qu'il serait intéressant d'approfondir. Bien que quelques recherches aient exploré les perceptions lors des MMCT (DeCamp et *al.*, 2014; Green et *al.*, 2009; Morales et *al.*, 2019; Nouvet et *al.*, 2018; Weng et *al.*, 2015), celles entourant les dons de médicaments ont été, à notre connaissance, peu ou pas analysées spécifiquement. Ces constats soulevés par la recension des écrits renforcent la pertinence scientifique de cette étude ci-après exposée.

1.3 Pertinence et objectifs de l'étude

L'origine de cette recherche doctorale s'appuie d'abord sur une problématique vécue par un OCI québécois proposant des MMCT au Sénégal et remettant des dons de médicaments à leur partenaire afin de répondre à leur demande. En effet, IISF a constaté des difficultés à encadrer la pratique des dons de médicaments avant, pendant et après les MMCT. Malgré certains avantages économiques et thérapeutiques pour les bénéficiaires, ces dons peuvent comporter des inconvénients. Cette situation est d'autant plus préoccupante que ces dons échappent aux mécanismes de contrôle de sécurité pharmaceutique.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur la problématique des dons de médicaments lors des MMCT. La pertinence scientifique de cette étude est donc de produire de nouvelles connaissances sur un phénomène courant mais peu étudié. En effet, les études empiriques recensées n'apportent que peu d'informations sur les dons de médicaments en contexte de MMCT. Les études quantitatives ont principalement utilisé des sondages pour questionner les MMCT sur leurs activités, dont les dons de médicaments. Leurs résultats ne permettent pas de vérifier ni d'évaluer les forces et les lacunes des dons de médicaments, ni de généraliser leurs résultats aux MMCT similaires. D'ailleurs, aucune n'a été réalisée dans le contexte d'une OCI canadienne réalisant des MMCT en Afrique de l'Ouest. Par conséquent, on ignore quelles sont les étapes suivies par les dons de médicaments lors des MMCT, ni comment, de manière détaillée, sont réalisées la planification, la sélection, la donation, la prescription, la gestion locale des médicaments.

Quant aux études qualitatives, celles-ci apportent des informations pertinentes notamment sur les perceptions des coopérants et des bénéficiaires sur les MMCT. Toutefois, les perceptions sur les dons de médicaments n'ont pas été explorées de manière spécifique et en profondeur. Aussi, les administrateurs et les organisateurs des MMCT n'ont pas été inclus dans ces études. Ainsi, on ignore ce que signifient les dons de médicaments pour les différents acteurs impliqués, comment ils s'inscrivent dans leur expérience de MMCT, quelles sont leurs difficultés et leurs stratégies aux différentes étapes de la trajectoire, quelles sont, selon eux, les conséquences, positives et négatives de ces dons et quelles sont leurs suggestions d'amélioration de la pratique. L'exploration de la perspective de tous les acteurs impliqués sur ces questions permet d'abord de leur donner une voix sur un sujet

chargé d'enjeux et de décrire la dimension sociale des dons de médicaments. La prise en compte de cette dimension par les OCI pourrait contribuer à rendre leur pratique des dons de médicaments plus adaptée aux besoins des bénéficiaires.

Enfin, il est reconnu que la qualité des dons de médicaments pourrait être améliorée par une meilleure application des Principes directeurs de l'OMS (Autier *et al.*, 2002; Mariacher *et al.*, 2008; OMS, 2011). Toutefois, l'application de ces recommandations apparaît complexe pour les acteurs et il n'y a pas de recommandations officielles et spécifiques aux dons de médicaments lors de MMCT. Si les écrits recensés proposent des recommandations générales pour les dons de médicaments, aucune étude n'a décrit de manière concrète la démarche d'amélioration de la pratique au sein d'une MMCT, d'une OCI ou d'une structure d'accueil. En outre, la relation entre les trajectoires et les perceptions des acteurs sur ces dons, dans une logique d'amélioration de pratique, ne semble pas être documentée dans la littérature scientifique.

Afin de saisir ce phénomène dans sa globalité, il apparaît pertinent d'analyser les trajectoires complètes des dons de médicaments avant, pendant et après des MMCT ainsi que les perceptions de tous les acteurs impliqués et ainsi combler ce manque scientifique. Le but général de cette recherche doctorale consiste à résoudre une problématique entre un OCI et son partenaire concernant leur pratique des dons de médicaments, et ce, à partir d'une démarche scientifique. Dans ce contexte, il est apparu intéressant et innovateur d'analyser les trajectoires des dons de médicaments des MMCT mise en œuvre par IISF afin de co-construire des actions efficaces et adaptées pour améliorer leur pratique.

Objectifs de recherche

Cette recherche poursuit trois objectifs spécifiques :

1. Décrire les trajectoires des dons de médicaments avant, pendant et après des MMCT de IISF au Sénégal;
2. Explorer les perceptions des administrateurs de IISF, des coopérants et des bénéficiaires sur les dons de médicaments remis lors des MMCT de IISF au Sénégal;
3. Co-déterminer des pistes d'action pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire.

Cette problématique, illustrée ici par le cas de IISF, a guidé le choix des cadres de référence qui sont présentés au chapitre suivant.

CHAPITRE 2: CADRES DE RÉFÉRENCE

Ce chapitre présente de manière succincte les cadres de référence et épistémologique utilisés dans cette étude ainsi que leur pertinence face à la problématique soulevée précédemment.

2.1 Principes directeurs de l’OMS

La volonté de mettre en place des recommandations internationales pour les dons de médicaments a émergé suite aux constats, souvent désastreux, de dons inappropriés en contexte de catastrophes ou d’urgence humanitaire (WHO, 1996). Suite à un consensus obtenu avec une centaine d’organismes humanitaires et d’aide au développement, l’OMS a déterminé les principes fondamentaux pour guider tout don de médicament sur lesquels va prendre ancrage la première édition des Principes directeurs pour les dons de médicaments (OMS, 1996). La première version de ces principes fondamentaux est : 1) Bénéfices maximum pour le bénéficiaire, 2) Respect de ses besoins exprimés et de son autorité, 3) Normes de qualité identiques et 4) Communication efficace. Leur but est d’améliorer la qualité des dons de médicaments et non pas de les entraver ou de les décourager. Par conséquent, les Principes directeurs « ne constituent pas une réglementation internationale ; ils sont destinés à servir de base à l’élaboration de lignes directrices au niveau national ou institutionnel, à être révisés, adaptés et appliqués par les pouvoirs publics et par les organisations qui gèrent les dons de médicaments » (OMS, 1999, p. 4).

À la demande de l’Assemblée de l’OMS (résolution WHA49.14), une évaluation de l’implantation du guide a été effectuée (WHO, 2000), menant à la rédaction d’une seconde édition (OMS, 1999). Sa révision et son actualisation 10 ans après a donné lieu à une troisième édition (WHO, 2011). Parmi les changements apportés, la dernière version du guide met l’emphase sur la protection des pays bénéficiaires contre des dons inappropriés, sur le renforcement de la responsabilité et de la participation des bénéficiaires dans le processus complet des dons et sur les besoins de coordination à toutes les étapes des dons (WHO, 2011). L’importance de ces changements se reflète dans la précision apportée aux quatre grands principes fondamentaux du guide qui sont :

1. Les dons de médicaments devraient profiter au bénéficiaire dans toute la mesure du possible. Tous les dons doivent être fondés sur un besoin exprimé. Les dons de médicaments non sollicités sont à décourager.
2. Les dons doivent être donnés dans le respect des souhaits et de l'autorité du bénéficiaire et conformément aux politiques gouvernementales et aux dispositions du pays bénéficiaire.
3. Il devrait y avoir une coordination et une collaboration efficace entre le donateur et le bénéficiaire, et tous les dons doivent être faits selon un plan formulé par les deux parties.
4. Il ne devrait pas y avoir de double standard de qualité. Si la qualité d'un article est inacceptable dans le pays donateur, il est également inacceptable en tant que don.

(traduction libre, WHO, 2011, p. 4)

Les Principes directeurs de l'OMS ont été utilisés comme premier cadre de référence afin d'identifier les forces et les lacunes des trajectoires des dons de médicaments ainsi que pour guider le choix des actions à mettre en œuvre pour améliorer la pratique entre IISF et son partenaire. Concrètement, à partir des 12 Principes directeurs, des étapes de la trajectoire ont été désignées, soit la planification, la sélection, la préparation, le transport et la gestion locale. Celles-ci ont servi de toile de fond pour la collecte et l'analyse des données. Ensuite, à l'instar de l'étude de cas réalisée par Djodjodibroto (2011) et Bero et *al.* (2010), les 12 les Principes directeurs ont été utilisés comme point de référence pour l'analyse du corpus des données afin d'identifier les forces et des lacunes pour chacune des étapes de la trajectoire. Toutefois, bien que pertinents, les Principes directeurs ne sont pas spécifiquement destinés au MMCT. Par conséquent, plusieurs étapes de la trajectoire ne font pas l'objet de recommandations spécifiques (ex : donation, prescription, enseignement, utilisation par les patients). Ce cadre de référence n'est donc pas complètement adapté pour l'analyse de la trajectoire des dons de médicaments en contexte de MMCT. Cette limite a été palliée par la revue de littérature portant sur les dons de médicaments en contexte de MMCT et sur les MMCT en général où des situations problématiques, des « bons coups » et des recommandations sont décrites.

2.2 Phénomène du don

Dans cette étude, le phénomène du don est décrit à partir des travaux de Godbout (1995, 2007, 2013). La pertinence de ce choix est justifiée par la contemporanéité des travaux de Godbout et leur application au contexte de cette étude. En effet, Godbout (1995) a étudié le don dans les sociétés modernes ainsi que le don aux étrangers. Les dons de médicaments lors des MMCT sont des dons entre étrangers, les coopérants ne connaissent donc pas les bénéficiaires. De plus, Godbout (1995) s'est particulièrement intéressé à la valeur du lien social du don. Or, comme les MMCT s'inscrivent dans un esprit de coopération et d'humanitaire, lequel comporte des biais inhérents de ce qu'est une « bonne aide » et véhicule des rapports de pouvoir, il a semblé original et novateur, d'analyser la « valeur de lien » des dons de médicaments afin de voir comment ils contribuent, ou pas, lors de la trajectoire aux relations MMCT-bénéficiaires. Puisque les travaux de Godbout s'appuient sur ceux de Marcel Mauss (1924-1950), théoricien ayant décrit le don, les principaux repères du phénomène du don seront, dans un premier temps, brièvement rappelés.

Dans son essai sur le don, Mauss (1924-1950) situe le don comme un phénomène universel et un fait social total, c'est-à-dire qu'il concerne toutes les dimensions d'une société. De plus, bien qu'en apparence libre et gratuit, le don s'inscrit dans un ensemble de règles sociales codifiées et implicites. Parmi celles-ci, le don constitue un cycle qui répond à trois obligations : donner, recevoir et rendre. Phénomène social, le don entre des groupes représente la manière dont ceux-ci sont liés et matérialise leur relation. Concrètement, en distribuant un bien, le premier groupe affirme une reconnaissance sociale de l'autre groupe. En refusant de recevoir un don ou de rendre un contre-don, le second groupe crée une rupture de ce lien social. En ce sens, les obligations du don expriment la supériorité du donateur sur le donataire : celui qui donne oblige l'autre à d'abord recevoir et ensuite à redonner d'une valeur supérieure pour s'acquitter de sa dette morale. Durant ce délai, la dette morale, un donc un certain rapport de pouvoir, maintient le lien entre les groupes. Il apparaît intéressant dans cette étude d'observer de quelle façon les dons de médicaments peuvent être, ou pas, un objet s'inscrivant dans des rapports sociaux et de pouvoir entre IISF, les coopérants et les bénéficiaires. Les caractéristiques exposées ci-haut sont utilisées dans cette étude pour décrire le cycle des dons de médicaments.

Godbout (1995) qualifie de don « toute prestation de bien ou de service effectuée, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes » (p.32). Le don a des valeurs d'échange et d'usage. Godbout (1995) lui ajoute la valeur de lien puisqu'il contribue à renforcer des liens sociaux entre le donateur et le donataire. Le don existe aussi entre étrangers; il se reconnaît par une circulation à l'extérieur des cercles d'affiliation personnelle (famille, amis) et par la non connaissance du donataire par le donateur (Godbout, 1995). Que ce soit entre connaissances ou entre étrangers, le don a une valeur de lien chargé symboliquement et, par conséquent, se distingue d'un objet ou d'un service uniquement gratuit (Godbout, 2007). Les dons, tels que les dons de médicaments, ne sont pas que matériels. Ils contiennent une valeur de lien intrinsèquement liée à l'expérience des acteurs. Dans cette étude, il apparaît pertinent d'observer si les dons de médicaments lors des MMCT de IISF au Sénégal comportent une dimension relationnelle et, le cas échéant, de quelle façon est-elle explicitée et perçue par les différents acteurs. Le don n'est ni positif, ni négatif, c'est le contexte de la relation entre le donateur et le donataire, qui lui procure son sens. Même lors de dons qui paraissent unilatéraux, tel que les dons de médicaments, par leur valeur de lien, ils peuvent créer des dettes perçues positivement par les donateurs. Par exemple, de nombreux donateurs et bénévoles disent recevoir beaucoup plus des personnes qu'ils aident que la valeur perçue de leur propre don (Godbout, 2013). D'un autre côté, différents aspects d'une trajectoire peuvent amener le don à créer une dette négative : donner ce que l'autre ne veut pas recevoir, trop donner, adopter une attitude supérieure, refuser le contre-don (Godbout, 2013). Ces situations peuvent engendrer des effets d'insécurité, de dépendance et d'absence de pouvoir du receveur (Godbout, 2013). Que les dettes apparaissent positives ou négatives pour les donateurs, on ignore comment elles sont perçues par les bénéficiaires. Dans le contexte de cette étude, il a semblé pertinent d'analyser cette valeur de lien en tant que marqueur des relations entre tous les acteurs impliqués dans le cycle des dons de médicaments.

Concernant le contre-don, comme décrit par Mauss (1924-1950), Godbout (1995) soutient la règle de l'équivalence négative où on rend plus qu'on ne reçoit. Cette majoration de la valeur du contre-don crée un déséquilibre et dynamise le système, engendrant un cycle perpétuel de dons et de dettes morales un peu à l'image d'une spirale. Il devient alors complexe de déterminer si un don est vraiment unilatéral, car il s'inscrit dans une chaîne

spatio-temporelle prenant origine, par exemple, dans l'histoire de la relation entre le donneur et le donataire ou encore lorsqu'une personne donne parce qu'elle a beaucoup reçu dans sa vie. On comprend que le don qui apparaît unilatéral peut être en fait une manière de rendre. La complexité du don rappelle ici l'importance de le situer dans le système entier et non pas juste de le décomposer séparément du système dans lequel il s'inscrit (Godbout, 1995). Dans cette étude, les dons de médicaments ont été analysés comme un objet circulant sur une trajectoire faisant partie d'un système plus vaste entre l'organisme IISF et son partenaire. En effet, IISF, l'infirmier-chef de Poste et le Comité de santé entretiennent des relations dépassant les dons de médicaments : IISF a octroyé des bourses d'étude à l'infirmier-chef ainsi que des dons monétaires pour certains travaux au Poste, le Comité de santé a financé des travaux pour améliorer les conditions d'accueil des coopérants et accepte d'accueillir les groupes et l'infirmier-chef accepte d'encadrer les groupes. Les dons de médicaments, et autres dons monétaires, ont ainsi pu être une source de motivation pour les bénéficiaires d'accueillir et d'encadrer les groupes, tout comme cet accueil a pu être une motivation pour IISF et pour les coopérants à remettre des dons. Bien que certains de leurs effets mutuels puissent être identifiés et décrits, leur sens et leur ampleur réelle (qui interagit sur quoi et comment) peuvent difficilement être analysés de manière distincte. En accord avec le sens communément accepté par IISF et son partenaire, les groupes de coopérants sont considérés ici comme donateurs et le partenaire comme receveur. Enfin, comme les dons de médicaments lors des MMCT peuvent paraître comme un processus linéaire et unilatéral (Mariacher et *al.*, 2008), les travaux de Godbout apporteront un éclairage nouveau sur la dynamique de ces dons.

La figure 1 ci-dessous schématise les concepts clés mobilisés dans cette thèse pour répondre aux objectifs de recherche. Leur interrelation et leur mise en commun ont permis d'analyser sur deux plans conceptuels à la fois liés et différents de la pratique des dons de médicaments lors des MMCT (niveau organisationnel et social). Concrètement, les trajectoires des dons de médicaments ont été analysées à partir des Principes directeurs de l'OMS ce qui a permis d'identifier les forces et les lacunes pour chacune des étapes avant, pendant et après les MMCT. Ensuite, les perceptions des acteurs de leur expérience avec les dons de médicaments ont été analysées à partir du cadre sur le don ce qui a permis de mettre en lumière le cycle de donner-recevoir-rendre et le système dynamique et perpétuel

qu'il crée entre les donateurs et les donataires. Enfin, ce cycle de don ainsi que les Principes directeurs de l'OMS ont servi comme toile de fond à la réflexion pour la co-détermination de pistes d'action pour améliorer la pratique de IISF.

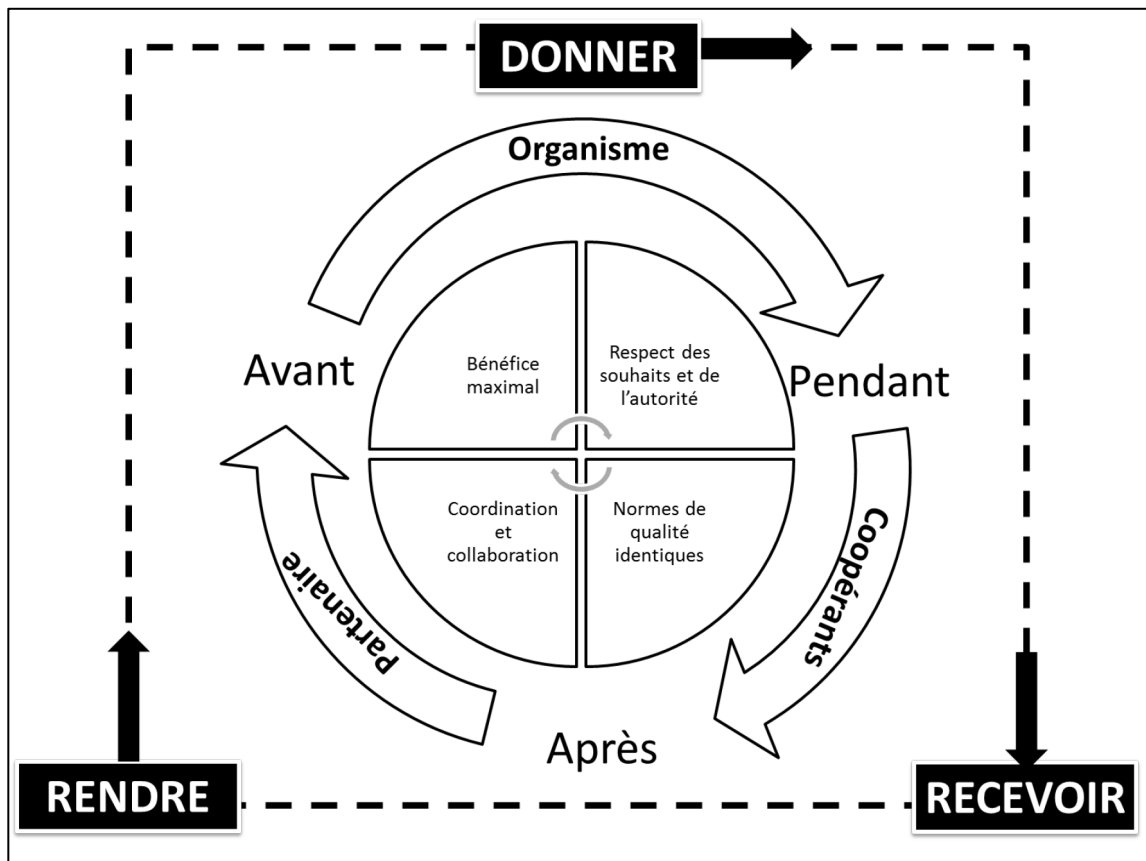


Figure 1 : Cadres de référence de la recherche

2.3 Cadre épistémologique

Cette recherche se situe dans le paradigme constructiviste. Le choix de cette posture épistémologique est justifié par la nature complexe du phénomène étudié, des objectifs de recherche ainsi que la pertinence scientifique de comprendre et d'approfondir l'objet d'étude à partir de cette perspective (Pires, 1997). En effet, ce paradigme se pose sur une conception ontologique du monde où celui-ci est composé de processus sociaux complexes et socialement construits (Berger et Luckermann, 2012). Les notions de vérité et de savoir objectif sont ici considérées comme des constructions sociales et, en conséquence, ne peuvent pas être découvertes mais plutôt être interprétées (Schwandt, 1994). Voici les principaux postulats philosophiques de ce paradigme.

Dans une perspective constructiviste, la perception de la réalité est considérée comme étant conditionnée par les expériences vécues par les individus et leur environnement socioculturel (Wills, 2007). Il n'y aurait pas une seule réalité ni de vraies ou de fausses réalités (Guba et Lincoln, 1994). De plus, cette réalité est composée d'une dimension physique et d'une dimension spirituelle, c'est-à-dire que l'esprit humain, soit les idées, y joue un rôle (Lessard-Hébert et *al.*, 1996). En ce sens, les significations données par les individus à leurs comportements sont créées et influencées par leur esprit, ce sont donc des constructions mentales (Appleton et King, 2002). Les réalités sont ainsi construites socialement, les individus engendrent une compréhension de leur monde, une interprétation de leur réalité, à partir de leurs expériences et de leurs interactions sociales (Berger et Luckermann, 2012). Dans cette étude, l'expérience vécue du don de médicaments par les administrateurs, les coopérants et les bénéficiaires est considérée comme singulière, vécue différemment par chacun des acteurs, lesquels ayant des perceptions plurielles et socialement construites sur ces dons. Par conséquent, plusieurs savoirs et perceptions de la réalité peuvent coexister car différents facteurs et contextes influencent la construction des connaissances et les interprétations données par les individus (Anádon, 2006; Lessard-Hébert et *al.*, 1996). Ce postulat rejoint la conception de l'étudiante-chercheuse où l'expérience de la trajectoire des dons de médicaments serait vécue différemment par chacun des acteurs, cette expérience étant construite et influencée par les croyances, valeurs et normes sociales (Avis, 2005).

Enfin, le paradigme constructiviste considère que les connaissances scientifiques sont produites au sein de l'interaction entre le chercheur et les acteurs (Creswell, 2013). L'interaction et intersubjectivité ont ainsi une place centrale dans la production des connaissances. Par conséquent, la subjectivité du chercheur est fortement impliquée puisqu'elle sert à informer et guider le processus de recherche (Appleton et King, 2002). Le chercheur reconnaît que ses caractéristiques personnelles et son orientation théorique influencent sa manière d'interpréter la réalité étudiée (Creswell, 2013). Plutôt que d'éliminer toute forme de subjectivité, il se positionne lui-même dans la recherche afin de reconnaître, de considérer et d'analyser sa subjectivité sur la production et l'interprétation des données (Papinot, 2014). Par ailleurs, le rôle du chercheur est celui d'un « participant passionnant », il est engagé auprès de son objet d'étude et des participants et il devient un

facilitateur auprès de ces derniers afin qu'ils développent une compréhension plus informée et sophistiquée de leurs constructions (Guba et Lincoln, 1994). Dans le contexte de cette recherche-action ethnographique, l'étudiante-chercheuse s'est engagée dans un rôle de facilitatrice, c'est-à-dire qu'elle a proposé un cadre et des activités de recherche pour répondre aux objectifs de recherche et qu'elle a impliqué les membres du comité de recherche aux différentes activités de recherche ainsi qu'aux décisions concernant la démarche de co-construction des pistes d'action. Cette implication et cette participation à la recherche peut avoir contribué à des prises de conscience chez les administrateurs, les coopérants et les bénéficiaires sur les dons de médicaments ainsi qu'à leur rapport à ces dons.

En somme, ce chapitre a décrit les cadres de référence utilisés dans cette étude doctorale ainsi que leur pertinence scientifique et théorique face à la problématique exposée précédemment. D'abord, les Principes directeurs de l'OMS (WHO, 2011) pour les dons de médicaments ainsi que les travaux de Godbout (1995; 2007; 2013) sont utilisés pour guider la collecte des données et leur analyse. Plus concrètement, les Principes directeurs de l'OMS ont inspiré l'élaboration des guides d'entretien et des thèmes d'observation en identifiant les étapes (planification, collecte, sélection, transport, etc.) et les éléments à décrire (ex : inscription sur la LNMPE, langue de l'étiquette, date de conservation, etc.). Ainsi, lors de l'analyse des données, les Principes directeurs ont été utilisés comme point de référence pour identifier les forces (données répondant aux Principes directeurs) et les lacunes (données ne répondant pas aux Principes directeurs) de la trajectoire. Concernant les travaux sur le don, les principaux concepts de donner, recevoir, rendre et l'expérience vécue par les acteurs à chacun de ces grands moments ont été inclus dans les guides d'entretien et dans les thèmes d'observation. Ces cadres de référence apportent ainsi un éclairage nouveau sur le phénomène des dons de médicaments en contexte de MMCT. Ils contribuent à les décrire comme un objet inscrit dans un cycle d'échanges avec une valeur de lien. Leur prise en compte a été nécessaire au processus de co-construction de l'amélioration de la pratique des dons de médicaments par IISF notamment pour s'assurer que les pistes d'action soient cohérentes avec les Principes directeurs de l'OMS et qu'elles considèrent la dimension relationnelle du don de médicaments entre les acteurs. Ensuite, ce

chapitre a approfondi la posture épistémologique de l'étudiante-chercheuse en lien avec le phénomène étudié. Selon le paradigme constructiviste, les dons de médicaments lors des MMCT sont considérés comme une expérience singulière et plurielle, pouvant être vécue différemment par les acteurs à partir de leurs croyances, leurs valeurs et des normes sociales. De même, la compréhension et le sens attribués par ces acteurs sur cette expérience sont considérés comme co-construits dans des espaces d'intersubjectivité. Enfin, à la lumière de ces postulats et des objectifs de recherche précédemment identifiés, cette étude doctorale propose une démarche méthodologique originale de recherche-action ethnographique (RAE) présentée au chapitre suivant.

CHAPITRE 3: DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre est divisé en trois sections. D'abord, le devis méthodologique privilégié pour répondre aux objectifs de cette recherche est posé. Ensuite, le déroulement complet de la démarche de recherche est décrit. La seconde section présente la rigueur scientifique de cette recherche ainsi que ses principaux biais potentiels. Enfin, la troisième section aborde les considérations éthiques liées au projet.

3.1 Devis de recherche

Cette étude doctorale propose un devis de recherche cohérent avec les objectifs de recherche et la posture épistémologique de l'étudiante-chercheuse. Pour explorer l'expérience des acteurs avec le phénomène des dons de médicaments lors de MMCT, une approche qualitative de la recherche a été privilégiée. Cette approche se caractérise notamment par une démarche souple, inductive, itérative afin d'approfondir des phénomènes complexes à partir des significations données par les individus à leurs expériences (Pires, 1997). Pour y parvenir, l'approche de cette recherche s'est inspirée de la RAE développée en 2002 par Tacchi et *al.* dans le cadre d'un projet de développement international. La RAE se décrit comme une recherche-action combinée à une approche ethnographique. Concrètement, il s'agit d'intégrer les résultats de la recherche ethnographique à une planification collaborative d'un projet afin que son implantation soit efficace et adaptée au contexte local (Tacchi, 2015).

Le choix de la RAE comme devis de recherche s'appuie d'un besoin réel soulevé par les administrateurs de IISF et leur partenaire, tous souhaitant travailler ensemble pour améliorer leur pratique des dons de médicaments. En effet, un projet de recherche-action prenant forme à l'intérieur d'un groupe, émergeant des besoins exprimés par celui-ci et impliquant les personnes concernées tout au long du processus de recherche, a plus de chance de susciter un changement rapidement et efficacement (Reason et Bradbury, 2008). Par ailleurs, il est courant d'effectuer une recherche-action au sein de sa propre organisation (Coghlan et Brannick, 2014) et même dans le champ des OCI (Poppowell et Hayman, 2012). Dans le contexte de cette étude, l'étudiante-chercheuse a été impliquée en tant que secrétaire générale de IISF jusqu'en 2019. Elle était ainsi considérée comme ayant

une position « de l'intérieur ». Les considérations liées à sa subjectivité sont approfondies à la section 3.2.5.1 Subjectivité et celles liées à son double rôle à la section 3.3.4 Considérations éthiques liées au double rôle.

Le don de médicaments lors des MMCT est un phénomène social complexe relevant de l'expérience unique de chaque personne impliquée. La RAE s'avère ainsi être un devis approprié puisqu'il laisse place à une démarche souple et flexible de collecte et d'analyse des données permettant de saisir et de s'adapter à cette complexité (Tacchi, 2015). En cohérence avec les objectifs de recherche, il a été décidé d'orienter le devis vers une posture « pratique » de la recherche-action (Savoie-Zajc, 2001) laquelle est caractérisée comme une approche dynamique et sociale, visant une intervention pour améliorer des pratiques professionnelles et permettant le développement d'un savoir professionnel (Mayer et Ouellet, 2000).

Cette étude s'est déroulée selon les quatre étapes de la RAE (Tacchi et *al.*, 2009) :

- 1-Planification de la recherche;
- 2-Conduite de la recherche (collecte et documentation des données);
- 3-Organisation, codage et analyse des données;
- 4-Planification et action.

Le processus cyclique de ces étapes est représenté à la figure 2. Pour cette recherche doctorale, le cycle de RAE s'est étendu de janvier 2017 à mars 2020. Le déroulement des quatre étapes de RAE est détaillé ci-après.

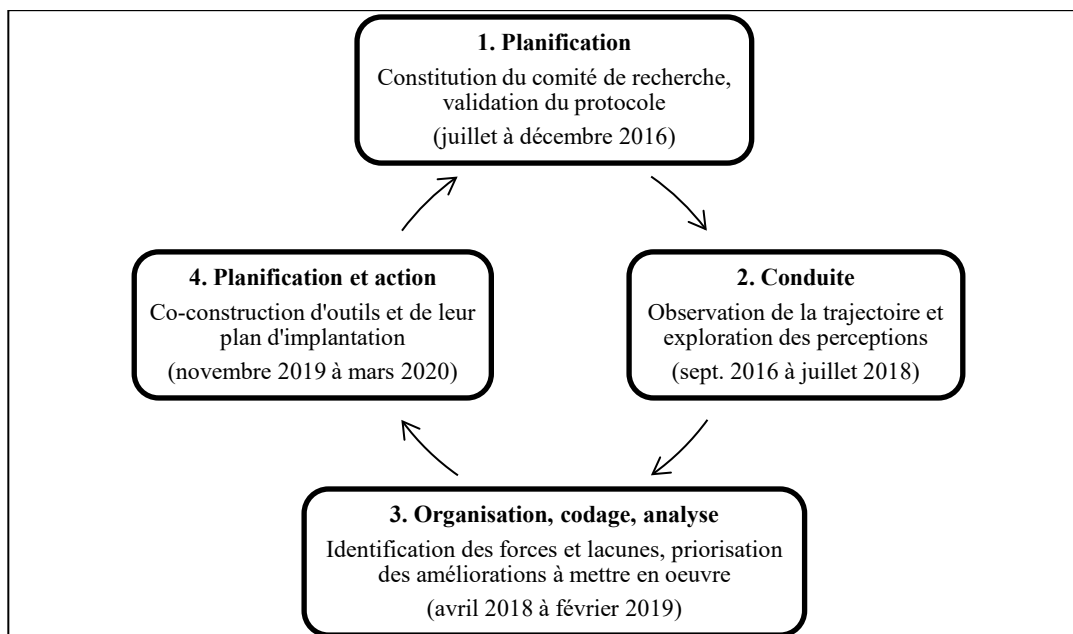


Figure 2 : Schématisation du cycle de RAE (inspiré de Tacchi et *al.*, 2009)

3.1.1 Planification de la recherche

La première étape d'une RAE est la planification de la recherche. Celle-ci est importante afin d'offrir un cadre de travail favorable à la collaboration des chercheurs et contribuer à leur appropriation du projet (Stringer, 2014). Cette étape comprend l'accès aux milieux et la création d'un comité de recherche, décrits ci-après. Dans cette étude, la planification de la recherche s'est déroulée de juillet à décembre 2016.

3.1.1.1 Accès aux milieux

L'accès à IISF a été possible grâce à l'implication de l'étudiante-chercheuse au conseil d'administration de l'organisme où elle occupait la fonction de secrétaire générale de 2011 à 2019. Par sa connaissance antérieure de la problématique, l'étudiante-chercheuse, a proposé aux administrateurs de réaliser le projet de recherche. Ces derniers ayant préalablement exprimé leur souhait d'améliorer leur pratique ont montré un intérêt à prendre part à une telle étude. En juillet 2016, une autorisation officielle a été remise à l'étudiante-chercheuse lui permettant de réaliser des activités de recherche au sein de l'organisme, de recruter des coopérants et d'approcher leur partenaire pour solliciter leur participation à cette étude (voir annexe 4). L'apparence de conflit d'intérêts en lien avec ce double rôle est explicitée à la section 3.3.4 Considérations éthiques liées au double rôle.

L'accès au partenaire et au Poste de santé a été facilité par les expériences professionnelles et les séjours antérieurs de l'étudiante-chercheuse dans ce milieu. En effet, elle connaissait déjà l'infirmier-chef de Poste de par ses activités de coopérante, d'étudiante à la maîtrise et de secrétaire générale. Elle détenait ainsi une expérience de collaboration et un lien de confiance avec le partenaire et son personnel. L'accès à ce milieu a été approuvé par le Comité de santé du Poste et par le médecin-chef de district, Dr Demba War Dieng (voir annexe 5). Avec cette autorisation, l'étudiante-chercheuse a recruté les bénéficiaires et réalisé l'ensemble des activités de recherche au Sénégal.

3.1.1.2 Création du comité de recherche

Les tenants de la recherche-action considèrent que toutes personnes concernées par la situation devraient participer directement au projet notamment en s'impliquant dans un comité afin que le projet ait plus de chance de susciter un changement rapidement et efficacement (Savoie-Zajc, 2001 ; Stringer, 2014). La dimension collaborative étant centrale à ce devis, les valeurs de la démocratie, la communication, la participation et l'inclusion (Stringer, 2014) devraient se refléter dans la composition et l'implication d'un comité à toutes les étapes du processus ainsi que dans les critères de rigueur scientifique. Dans cette étude, un comité de recherche a été créé et impliqué dans la planification du projet, dans certaines activités de collecte des données, dans la validation de l'analyse des données, dans la co-détermination des pistes d'amélioration ainsi que dans la co-construction de leurs plans d'implantation.

Plus concrètement, le président de IISF et l'étudiante-chercheuse ont identifié les groupes les plus concernés par la problématique, puis les personnes avec une position de pouvoir à inclure afin de soutenir et propulser les actions qui seront développées (président IISF, infirmier-chef de Poste, coordonnateur de IISF au Sénégal) et enfin les personnes ayant une expertise terrain pertinente pour le comité (pharmacien-conseil IISF, ancienne coopérante, représentante de la communauté au village, administratrice ayant participé à plusieurs MMCT). Les personnes pressenties ont été contactées individuellement et toutes se sont montrées intéressées et disponibles à s'impliquer dans le comité. En plus de l'étudiante-chercheuse, le comité était composé de trois administrateurs de IISF (le président, le pharmacien-conseil et une administratrice), une ancienne coopérante, l'infirmier-chef de

Poste, le coordonnateur national de IISF au Sénégal et une femme âgée travaillant à la pharmacie du Poste de santé en tant que représentante de la communauté. La composition du comité était ainsi équilibrée entre les québécois et les sénégalais, entre les hommes et les femmes et entre les positions de pouvoir. Vue l'implication simultanée des cochercheurs sénégalais dans les activités recherche et dans les activités pour IISF, le conseil d'administration de IISF a octroyé un montant de 300 \$ pour ces trois cochercheurs en guise de compensation pour l'ensemble de leur participation au comité puisqu'ils devaient aussi assurer l'encadrement des groupes sur les mêmes périodes.

La création d'un comité de recherche a posé et a clarifié les rôles des cochercheurs dans le comité (Stringer, 2014). Dans cette étude, l'étudiante-chercheuse a tenu le rôle de facilitatrice dans le processus du changement visé. De plus, elle a eu la responsabilité d'intervenir activement lors du projet pour intégrer les objectifs distinctifs de la RAE pour créer un changement social adapté aux spécificités socioculturelles et pour produire de nouvelles connaissances (Coghlan et Brannick, 2014). Cette façon de faire a encouragé une gestion collective et un partage des pouvoirs entre l'étudiante-chercheuse et les participantes impliquées dans le comité (Dolbec et Prud'homme, 2009) (voir annexe 6). Une entente a été préétablie pour préciser les modalités de gestion collective des pouvoirs et des décisions (voir annexe 7). Cette entente a défini les rôles et les responsabilités de chacun et a clarifié que les outils qui émergeraient de cette étude seraient remis à IISF alors que la thèse produite par l'étudiante-chercheuse serait la propriété de cette dernière.

Pour la première rencontre avec le comité de recherche, l'étudiante-chercheuse a préparé un document présentant le protocole de recherche proposé, les responsabilités de chacun et le déroulement prévu. Les cochercheurs ont discuté de leur point de vue respectif sur la problématique et ont été invité à émettre leurs commentaires sur la démarche proposée. L'étudiante-chercheuse s'est montrée attentive à leurs suggestions. Cette première rencontre a brossé un portrait plus détaillé de la problématique et des dynamiques sous-jacentes (Stringer, 2014). À partir de ces informations, l'étudiante-chercheuse a proposé au comité de recherche des techniques de collecte des données.

3.1.1.3 Choix des techniques de collecte des données

En recherche-action, la collecte des données se veut flexible, négociée par le comité de recherche ainsi qu'avec des techniques variées et adaptées aux objectifs de l'étude (Coghlan et Brannick, 2014). Similairement, l'ethnographie se caractérise par une approche exploratoire et flexible où les méthodes de collecte de données se décident progressivement (Sharkey et Larsen, 2005). Les objectifs de cette étude étaient de décrire les trajectoires des dons de médicaments et de construire une compréhension commune de ses lacunes et de ses forces, et ce, à partir des multiples réalités, et de co-déterminer des pistes d'amélioration à partir de la perspective des participants et des chercheurs. Diverses techniques de collecte des données ont été utilisées afin de répondre aux objectifs de recherche et pour favoriser la triangulation des sources, des méthodes et des chercheurs (Savoie-Zajc, 2004). De même, en accord avec les principes de la RAE (Tacchi et *al.*, 2003), et pour favoriser la triangulation des chercheurs, des membres du comité de recherche ont participé à certaines activités de collecte des données. Ainsi, des techniques variées de collecte de données *in situ* (immersion sur le terrain, observation participante, entretiens individuels et de groupe) ont été choisies et utilisées auprès de chaque catégorie de participants afin que l'étudiante-chercheuse comprenne comment les significations sur les dons de médicaments s'intègrent dans le comportement des acteurs. Ces techniques sont brièvement décrites ci-après. Toutefois, afin de montrer le caractère dynamique et progressif de cette RAE, leur utilisation est plus spécifiquement détaillée à la section 3.1.2.2 Collecte des données.

Immersion sur le terrain. La RAE encourage les chercheurs à faire une immersion sur le terrain (Tacchi et *al.*, 2003) afin d'obtenir une compréhension de l'intérieur de la problématique et pour que les solutions soient le plus adaptées à la réalité du milieu.

Dans cette étude, quatre terrains de recherche ont été réalisés au Sénégal dans un Poste de santé en zone rurale. L'immersion sur le terrain a été d'une durée totale de 15 semaines, dont 11 semaines ont été en présence de coopérants. Ces terrains ont permis de :

- a) décrire le contexte général du Poste de santé, du village et de la communauté;
- b) d'établir la structure organisationnelle ainsi que les règles entourant le Poste de santé, la prescription des médicaments et leur utilisation;

- c) d'observer et de participer à la vie quotidienne au Poste de santé et au village;
- d) d'aller chercher les perceptions des bénéficiaires entourant les dons médicaments;
- e) de décrire les trajectoires des dons avant, pendant et après une MMCT dans les espaces formels et informels (inspiré de Malinowski, 1922-1972 dans Prentice, 2010).

Durant les terrains, l'étudiante-chercheuse et certains cochercheurs ont collecté les données par de l'observation participante, des entretiens individuels semi-dirigés, des groupes de discussion et par la rédaction d'un journal de bord. En outre, l'étudiante-chercheuse est restée curieuse et ouverte à toute discussion, interaction ou événement pouvant nourrir ses connaissances et sa compréhension de l'expérience des participants avec les dons de médicaments (Beaud et Weber, 2012 ; Olivier de Sardan, 2008 ; Tacchi et *al.*, 2003). Par conséquent, ses activités de collecte pouvaient être planifiées ou improvisées (ex : une discussion spontanée entre deux participants lors d'un repas). Cette immersion a permis de se rapprocher au plus près de l'expérience des acteurs avec les dons à partir de leur point de vue et a mis en relief la pluralité de leurs expériences.

L'observation participante. Cette étude étant ancrée dans un paradigme constructiviste, l'observation s'est intéressée au sens donné par les personnes à leurs actions avec les dons de médicaments. La visée de l'observation était alors de décrire ces significations et de les interpréter. L'étudiante-chercheuse s'est imprégnée, c'est-à-dire qu'elle a pris part au milieu étudié en y participant et en socialisant. Sa participation lui a permis de comprendre, en le vivant elle aussi, les mêmes situations avec les dons de médicaments que les acteurs (Martineau, 2005). Par exemple, en observant et en participant aux consultations cliniques des coopérants, l'étudiante-chercheuse a ressenti des malaises lorsque des patients insistaient pour recevoir des médicaments. En outre, l'étudiante-chercheuse a pris un rôle interactif, puisque la compréhension de la réalité étudiée se fait par l'interaction entre le chercheur et les acteurs, une trop grande distanciation peut être considérée comme un obstacle et la subjectivité est souhaitée (Martineau, 2005). Dans cette étude, la participation de l'étudiante-chercheuse aux activités cliniques avec les participants a été un moyen pour accéder à leur subjectivité afin de comprendre pleinement le sens qu'ils donnent à leurs actions avec les dons de médicaments, de saisir leur intentionnalité et de comprendre leur perspective (Laperrière, 2009).

De l'observation participante a été réalisée lors des formations prédépart de IISF en 2016 et en 2017. L'observation a ciblé les méthodes d'encadrement des dons de médicaments par IISF et les questions posées par les coopérants. Aussi, pour chacun des terrains, les périodes d'observation participante ont été d'environ quatre heures par jour en plus de périodes d'observation flottante, c'est-à-dire réalisée librement, sans thème spécifiquement ciblé, lors des activités informelles du groupe par exemple lors d'une postclinique ou lors d'activités culturelles au village lorsque les thèmes des dons de médicaments et de leurs relations avec le personnel du poste ou les patients étaient abordés par les participants. Globalement, l'observation participante a ciblé les différentes étapes de la trajectoire des dons de médicaments et les thèmes ont été préalablement validés par le comité de recherche : préparation et transport des dons, remise des dons au partenaire, fonctionnement de la pharmacie locale, prescription et enseignements des médicaments par les coopérants et par les prescripteurs locaux, distribution des médicaments aux patients, utilisation des médicaments et gestion des dons après le départ du groupe.

Entretiens semi-dirigés. L'entretien semi-dirigé est un moyen souple et efficace de rendre compte du point de vue des acteurs, de comment ils se représentent une situation, ceux-ci étant considérés comme les mieux placés pour en parler (Poupart, 1997). Ces entretiens favorisent ainsi une compréhension commune du phénomène d'intérêt (Savoie-Zajc, 2009). Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés avec chacun des groupes de participants. Au total, 48 entretiens individuels (durée moyenne de 59 minutes), ont été réalisés au Québec et au Sénégal (huit avec les administrateurs, 11 avec les responsables de groupe, neuf avec les coopérants, huit avec les responsables locaux, neuf avec les patients et trois avec le personnel du Poste de santé). Pour les entretiens réalisés au Québec, compte tenu de l'éloignement géographique de l'étudiante-chercheuse avec les participants, ceux-ci se sont déroulés sur la plateforme Skype avec un enregistrement audionumérique à partir de l'application MP3 Skype Recorder et, lorsque cela était possible, en personne avec une enregistreuse. Par ailleurs, certains participants (des responsables de groupe et l'infirmier-chef de Poste) ont participé à deux ou trois entretiens individuels. Cette décision se justifie par l'opportunité que représentait la possibilité d'approfondir l'expérience des responsables de groupe qui suite à leur première ou seconde expérience de MMCT au Sénégal y retournaient de nouveau. Les entretiens ont ainsi approfondi leur « nouvelle » manière de

faire avec les dons de médicaments et ont permis de les questionner à nouveau sur leurs perceptions sur leurs dons de médicaments. De même, pour l'infirmier-chef de Poste, les entretiens répétés ont permis d'explorer son expérience avec les dons de médicaments reçus par les différents groupes accueillis au Poste. Tous ces entretiens ont repris la même grille de questions utilisées la première fois avec ces participants lesquelles ont été légèrement adaptées en fonction de la situation.

Les grilles de questions pour les entretiens individuels semi-dirigés auprès des « Administrateurs de IISF » et des « Responsables de groupe » ont été construites et soumises au comité de recherche pour leur validation. L'étudiante-chercheuse a développé les grilles de questions en s'inspirant des thèmes soulevés par les cadres de référence (Principes directeurs de l'OMS pour les dons de médicaments et les travaux sur le don). Les questions étaient principalement ouvertes avec des sous-questions précises pour relancer le participant. Les questions ont été choisies pour favoriser la description par le participant de son expérience à chacune des étapes de la trajectoire des dons de médicaments, l'exploration de ses perceptions sur les dons de médicaments et la suggestion de pistes d'amélioration. Concrètement, les thèmes inclus dans les grilles de questions étaient les forces et les difficultés rencontrées lors de chacune des étapes de la trajectoire des dons (préparation, collecte, transport, donation, etc.), leur sens attribué aux dons de médicaments, leur définition d'un bon et d'un mauvais don de médicament, les conséquences potentielles des dons de médicaments et leurs suggestions pour améliorer la pratique des dons de médicaments. Ces grilles ont été validées par le comité de recherche puis par le directeur de recherche. Elles ont ensuite été testées par une personne externe au projet et une cochercheuse pour vérifier si les questions étaient compréhensibles, adaptées, crédibles, réalistes et acceptables pour le groupe cible (Flanagan et *al.*, s.d.). Les grilles finales sont présentées en annexes 9 et 10. Les grilles d'entretien pour les autres groupes de participants ont été adaptées à partir de ces premières grilles (voir les annexes 11, 12, 13). De même, lorsqu'un entretien était répété avec un participant, la même grille utilisée précédemment était reprise afin de voir l'évolution de ses perceptions sur les mêmes sujets. Enfin, un guide d'entretien et les maquettes ont été rédigées et envoyées par courriel aux participants préalablement à l'entretien.

Groupes de discussion. Selon Boutin (2007), le groupe de discussion donne l'occasion de remémorer divers faits, offre un accès à des informations plus difficiles à obtenir par l'entretien individuel et contribue à une meilleure compréhension du chercheur sur la dynamique d'un groupe. Aux entretiens individuels se sont ainsi ajoutés sept groupes de discussion (durée moyenne de 1h48) qui ont été réalisés au Sénégal (un avec les responsables du groupe Universitaire (n=3), trois avec les coopérants des groupes Universitaire (n=7, 8 et 8), deux avec les coopérants du groupe Professionnel (n=4 pour chaque entretien) et un avec le personnel du Poste de santé (n=12). Le déroulement des groupes de discussion s'est inspiré du guide de Boutin (2007) et tous ont suivi la même grille de questions élaborée par l'étudiante et validée par une cochercheuse (une grille pour l'entretien en début de projet et une autre grille pour les entretiens en fin de projet, voir annexe 12).

Journal de bord. En outre, l'étudiante-chercheuse a rédigé un journal de bord (voir figure 3). La tenue d'un journal de bord est fortement recommandée pour relier les données entre elles et les contextualiser lors de leur analyse (Beaud et Weber, 2010). Le journal met également en avant des prises de conscience sur la démarche et permet de rendre compte de manière explicite, systématique et critique, l'influence entre le chercheur, le terrain, la collecte et l'interprétation (Allen, 2004). Ainsi, le journal de bord contient des notes de site, personnelles, méthodologiques et théoriques (Mucchielli, 1996). L'étudiante-chercheuse a fait une transcription exhaustive de ses notes d'observation dans son journal de bord dès qu'elle en avait la possibilité. L'ensemble du journal de bord a été transcrit à l'ordinateur dans un fichier de traitement de texte, pour un total de 330 pages. L'analyse de ce corpus est décrite à la section 3.1.3 Organisation, codage et analyse des données.

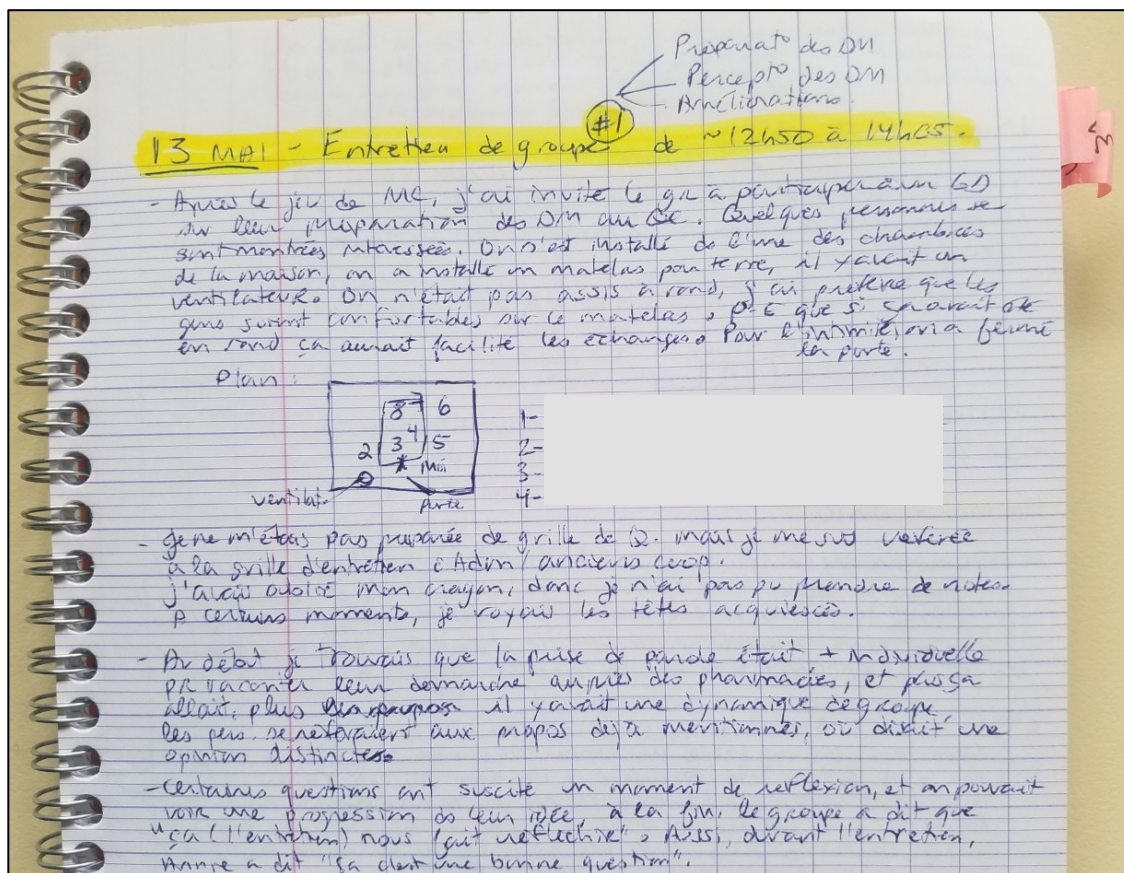


Figure 3 : Extrait du journal de bord de l'étudiante-chercheuse

Enfin, pour tous les groupes de participants, certains documents ont été demandés tels que des photos numériques sur les dons de médicaments, des inventaires, des procédures, des copies d'échanges courriel. Ces documents ont servi à expliciter et à illustrer les trajectoires empruntées par ces dons. Les techniques de collecte de données ont ainsi été appliquées avec souplesse auprès des groupes de participants afin de répondre le plus possible aux objectifs de recherche et de s'adapter au caractère dynamique de l'étude.

3.1.1.4 Populations à l'étude et échantillon

Cette recherche s'intéressait aux trajectoires des dons de médicaments en contexte de MMCT et aux perceptions des différents acteurs sur ces dons. Elle s'est effectuée auprès de l'organisme IISF qui souhaitait améliorer sa pratique. Plus précisément, les activités de recherche ont été réalisées auprès des administrateurs de IISF, de leurs coopérants ayant réalisé une MMCT au Sénégal et de bénéficiaires ayant reçu ces dons. Elle s'est réalisée dans deux milieux, au sein de IISF et dans un Poste de santé au Sénégal, et a inclus trois

groupes de participants : les administrateurs de IISF, les coopérants et les bénéficiaires. Leurs caractéristiques sont décrites ci-après.

Tous les participants de cette étude ont été sélectionnés par une technique d'échantillonnage non probabiliste (Pires, 1997) à partir de critères prédéfinis pertinents par rapport à l'objet et aux objectifs de recherche (Savoie-Zajc, 2007). Afin d'assurer une diversification externe de l'échantillonnage, des sous-groupes de participants ont été ciblés en fonction de leur rôle au sein de IISF (directeurs, administrateurs, conseillers), de leur type de projet au Sénégal (collégial, universitaire, professionnel) ou de leur rôle en tant que bénéficiaires (responsables locaux, personnel du Poste, patients). Cette diversification était souhaitée afin d'obtenir une description riche du phénomène à l'étude selon les différentes expériences et perspectives des catégories variées d'acteurs (Pires, 1997). Les critères de sélection pour chacun des groupes de participants sont décrits ci-dessous.

Pour les administrateurs de IISF, les critères de sélection étaient :

- être âgé de plus de 18 ans
- avoir une fonction au sein de IISF depuis l'automne 2015 (période où des changements ont été apportés concernant les dons de médicaments)

Le groupe de participants des coopérants a été divisé en deux sous-groupes : les coopérants et les responsables de groupe. D'abord, afin de mettre en œuvre ses terrains de recherche au Sénégal, des groupes complets de coopérants ont été approchés pour que l'étudiante-chercheuse les accompagne au Sénégal. Ces groupes ont été ciblés en fonction des critères de faisabilité (disponibilité de l'étudiante-chercheuse, dates et durée du projet, intérêt et acceptation des responsables de groupe) ainsi que ceux de diversification (type de projet). Ensuite, les anciens responsables de groupe qui possédaient les critères de sélection ont été approchés pour des entretiens individuels semi-dirigés. Pour tous, les critères de sélection étaient :

- être âgé de plus de 18 ans
- avoir participé à une MMCT au Poste de santé depuis l'automne 2015
- avoir remis des dons de médicaments

Le troisième groupe de participants, les bénéficiaires, a été divisé en trois sous-groupes : les responsables locaux, le personnel du Poste et les patients. Pour les responsables locaux et le personnel du Poste, les critères de sélection étaient :

- avoir une fonction au Poste de santé ou au Comité de santé
- avoir participé à la gestion des dons de médicaments de IISF ou avoir été témoin des dons remis par les coopérants depuis l'automne 2015

Pour le sous-groupe des patients, un équilibre a été recherché relativement au nombre de femmes et d'hommes. Un premier groupe de patients possédant les critères de sélection ont été pris dans le registre du Poste de santé. Les critères de sélection étaient :

- être physiquement apte à participer
- avoir la capacité de communiquer dans une langue comprise par la personne qui a collecté les données
- avoir reçu des dons de médicaments par les coopérants ou en avoir été témoin

En somme, cette section a décrit l'accès aux milieux de IISF et du Poste de santé, la création d'un comité de recherche, le choix des techniques de collecte des données ainsi que les critères de sélection de l'échantillon. À partir de ces balises, l'étudiante-chercheuse a entamé la conduite de la recherche.

3.1.2 Conduite de la recherche

La seconde étape du déroulement d'une RAE est la conduite de la recherche. Elle consiste à la collecte des données à partir des techniques préalablement choisies (Tacchi et *al.*, 2003). Dans cette étude, le recrutement des participants et la conduite de la recherche se sont déroulés simultanément de septembre 2016 à juillet 2018 au Québec et au Sénégal¹. Le tableau 3.1 à la page suivante présente la synthèse de la conduite de cette recherche.

¹ Les MMCT de IISF se déroulent au Sénégal entre janvier et juin. Par conséquent, l'étudiante-chercheuse a adapté l'échéancier en fonction du calendrier des groupes sélectionnés pour le projet de recherche (mai 2017 et juin 2017). Les terrains en novembre 2017 et d'avril 2018 n'étaient pas initialement prévus mais se sont ajoutés afin de permettre à l'étudiante-chercheuse de compléter la collecte des données et d'obtenir la saturation des données empiriques.

Tableau 3.1

Synthèse de la Conduite de la recherche

	Québec	1 ^{er} terrain	2 ^e terrain	Québec
Date	Septembre 2016 à avril 2017	2 mai au 1 ^{er} juin 2017	2 juin au 29 juin 2017	Juillet 2017 à novembre 2017
Entretiens	5 EI avec admin 5 EI avec RG	1 EI avec RL 3 GD avec coop. 1 GD avec RG	2 EI avec RL 2 EI avec PL 1 GD avec PP 2 GD avec coop.	1 EI avec RG
Observation	Formation préparatoire IISF (~ 4h)	Fonctionnement pharmacie (~ 40h) Moments-clés (donation, etc.) (~ 7h) Visite Centre de santé + pharmacie privée (~ 3h) Consultations cliniques (n=32) (~ 20 h) Observation flottante clinique et postclinique (~ 30h) Total : ~ 100h	Fonctionnement pharmacie (~ 20 h) Moments-clés (donation, etc.) (~ 7h) Visite pharmacie de district (~ 2h) Consultations cliniques (n=12) (~ 9h) Observation flottante clinique et postclinique (~ 30h) Total : ~ 68h	Formation préparatoire IISF (~ 2h)

(coop. = coopérant, RG = responsable de groupe, RL = responsable local, PP = personnel du Poste, PT = patient, OP = observation participante, EI = entretien individuel semi-dirigé, GD = groupe de discussion)

Tableau 3.1 (suite)

Synthèse de la Conduite de la recherche

	3 ^e terrain	Québec	4 ^e terrain	Québec	Total de l'étude
Date	21 novembre 2017 - 11 décembre 2017	Décembre 2017 à mars 2018	27 mars 2018 au 26 avril 2018	Mai 2018 à juillet 2018	22 mois, dont 15 semaines terrain
Entretiens	3 EI avec RL	3 EI avec admin 3 EI avec RG	9 EI avec PT 2 EI avec RL 1 EI avec PP 9 EI avec coop. 1 EI avec RG	1 EI avec RG	46 EI 7 GD
Observation	Fonctionnement pharmacie (~ 8h)		Fonctionnement pharmacie (~ 40 h) Moments-clés (donation, etc.) (~ 7h) Observation flottante clinique et postclinique (~ 15h) Total : ~ 62h		~ 244h observation

(coop. = coopérant, RG = responsable de groupe, RL = responsable local, PP = personnel du Poste, PT = patient, OP = observation participante, EI = entretien individuel semi-dirigé, GD = groupe de discussion)

3.1.2.1 Recrutement

Le recrutement des administrateurs de IISF et des responsables de groupe s'est fait simultanément à partir de janvier 2017. Par courrier électronique, huit administrateurs et 12 responsables de groupe ont été invités individuellement à participer à un entretien semi-dirigé. Ce courriel présentait le projet de recherche et les invitait à lire la maquette de l'entretien. Aussi, le courriel leur permettait de prendre connaissance du formulaire de consentement à remettre avant le début de l'entretien. Une semaine après, un court courriel de relance était acheminé aux personnes n'ayant pas répondu. Advenant une absence de réponse, aucune autre relance n'était effectuée. Le recrutement s'est concentré de janvier à avril 2017, puis s'est complété en juin 2018. Au total, huit administrateurs (deux directeurs, deux conseillers, deux coordonnateurs et deux administrateurs) et 11 responsables de groupe (provenant de cinq groupes infirmiers et d'un groupe d'ambulanciers paramédics) ont participé à l'étude. Une responsable de groupe a refusé par manque de disponibilité.

Pour le recrutement des coopérants, le formulaire de consentement a été transmis par courrier électronique ou encore sur la page Facebook du groupe. Une première rencontre d'information a été planifiée en présence ou à distance (visioconférence) avec le groupe afin d'informer les participants potentiels du but de la recherche, de la description de leur participation, du contenu du formulaire de consentement et de répondre à leurs questions sur le déroulement de l'étude. Une seconde rencontre d'information a été tenue après l'arrivée de chacun des groupes au Sénégal. Cette rencontre était l'occasion de réexpliquer aux participants potentiels le rôle de l'étudiante-chercheuse, les activités de recherche prévues ainsi que les considérations éthiques du projet. Ainsi, pour chacun des groupes de IISF, incluant les responsables de groupe et les coopérants, le processus de recrutement s'est étalé sur deux à trois mois. Au total, 38 coopérants (n=38) ont participé :

- Janvier 2017 – mai 2017 : Recrutement du groupe Universitaire comprenant quatre responsables de groupe et 25 coopérants
- Avril 2017 – juin 2017 : Recrutement du groupe Professionnel comprenant quatre coopérants, toutes infirmières. L'étudiante-chercheuse et une cochercheuse étaient les responsables de ce groupe.

- Mars – avril 2018 : Recrutement du groupe Collégial comprenant deux responsables de groupe et neuf coopérants

Il est important ici de préciser que le groupe Professionnel a été constitué à l'automne 2016 par l'étudiante-chercheuse dans le cadre de ses activités à IISF, elle agissait donc à titre de « responsable de groupe ». À ce moment, il n'était pas prévu que ce groupe soit recruté pour les activités de recherche. C'est au printemps 2017, suite à des discussions avec le comité de recherche, que l'étudiante-chercheuse a proposé de poursuivre le terrain avec ce groupe qui venait immédiatement après le départ du groupe Universitaire. Cette opportunité permettait de diversifier les unités d'observation et contribuait à obtenir une pluralité de perspectives d'acteurs provenant de milieux différents (universitaire et professionnel) et ayant eu une expérience différente avec les dons de médicaments (expérience de groupe vs expérience individuelle). Afin de clarifier son double rôle, elle a expliqué aux coopérants que durant le séjour, les activités de recherche porteraient principalement sur le Poste de santé et que leur participation consisterait à prendre part, de manière volontaire, à deux groupes de discussion et à des observations en clinique. Les considérations éthiques liées à ce double rôle sont présentées à la section 3.3.4 Considérations éthiques liées au double rôle.

Pour le recrutement des responsables locaux, sept responsables locaux (n=7) ont été approchés par l'étudiante-chercheuse ou par les cochercheurs sénégalais (l'infirmier-chef de Poste ou le coordonnateur local de IISF). Ces participants occupent différentes fonctions : infirmier-chef de Poste, coordonnateur de IISF, président du Comité de santé, adjoint-médecin chef de district, pharmacienne responsable de la PRA, pharmacien coordonnateur des PRA et chef de village. Ils ont reçu verbalement les informations concernant le but du projet, la nature de leur participation et une copie papier du formulaire de consentement. Leur recrutement s'est déroulé lors de la présence de l'étudiante-chercheuse au Sénégal, soit en avril 2017, juin 2017 et mars 2018. Tous les responsables locaux sollicités ont accepté de participer.

Pour le recrutement du personnel du Poste, les 14 membres réguliers du personnel (n=14) ont été sollicités par l'un des cochercheurs sénégalais en avril 2017. Ceux-ci occupaient diverses fonctions : infirmier, sage-femme, dépositaire de pharmacie, agent de santé

communautaire, matrone, traducteur, chauffeur et vendeuse de ticket. Durant cette rencontre, le cochercheur a expliqué le but du projet, la présence de l'étudiante-chercheuse à des fins d'observation participante ainsi que le formulaire de consentement. Le personnel a été avisé que certains seraient sollicités pour prendre part à un entretien individuel ou à un groupe de discussion sur les dons de médicaments. Tous ont accepté de participer.

Pour le recrutement des patients, à partir des registres de consultation, deux cochercheurs sénégalais ont établi une liste de 20 personnes qui répondaient aux critères de sélection. À partir de cette liste, le recrutement s'est fait directement à domicile par l'étudiante-chercheuse et un cochercheur sénégalais. Au final, neuf patients ont été recrutés (n=9). Toutefois, cette stratégie s'est avérée difficile: plusieurs hommes n'étaient pas dans le village car ils travaillaient aux champs, certaines femmes ne pouvaient pas accepter si le chef de famille ne donnait pas l'autorisation, certaines personnes n'ont pas été retrouvées (adresse inconnue) et à cause de la forte chaleur (45°C), le recrutement s'est effectué que l'avant-midi. Par conséquent, le nombre de patients recrutés a été insuffisant. Lors de la deuxième journée, l'équipe a changé de stratégie en visitant différents secteurs du village et en vérifiant si les personnes répondaient aux critères de sélection. Avec cette stratégie, neuf patients en deux jours ont été recrutés, quatre personnes ont refusé de participer, une dizaine de personnes n'étaient pas joignables et une quinzaine de personnes sollicitées ne répondaient pas aux critères de sélection. Avec les personnes répondant aux critères de sélection, le cochercheur a expliqué, en langue wolof, le projet, le but du projet et les invitait à participer à un entretien individuel en langue wolof qui serait enregistré. Compte tenu des disponibilités restreintes du cochercheur et du risque, selon ce dernier, que les participants ne viennent pas au Poste pour réaliser l'entretien, l'entretien a été réalisé sur le champ si la personne acceptait. Dans ces cas, alors seul à seul dans la case (chambre), le cochercheur a lu le formulaire de consentement et a demandé leur accord verbal. Ensuite, il a procédé à l'entretien puis à la fin, en guise de remerciement symbolique, il leur a remis une boîte de thé et un sachet de sucre.

Le recrutement des participants s'est effectué jusqu'à l'atteinte d'une saturation empirique, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de données significatives qui s'ajoutent en sollicitant d'autres répondants (Pires, 1997), à l'exception des « Patients » où la saturation

empirique n'a pas été obtenue. En effet, après la seconde journée d'entretiens, le cochercheur sénégalais a affirmé que les informations commençaient à se répéter. Or, après la traduction et l'analyse des données, l'étudiante-chercheuse a constaté que la saturation empirique n'était pas obtenue. Pour des raisons logistiques, il n'a pas été possible de poursuivre la collecte des données auprès des patients ni de refaire la traduction par une autre personne. Pour les groupes de participants « Responsables locaux et Personnel du Poste », une saturation des données a été obtenue en avril 2018, soit à la fin du troisième terrain de recherche. Enfin, la saturation empirique des données pour le groupe des « Administrateurs » a été obtenue en juillet 2018, soit après le retour du Sénégal de la dernière MMCT de IISF. Les caractéristiques sociodémographiques des participants de cette étude sont présentées au tableau 3.2 suivant :

Tableau 3.2
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Groupes de participants	Nombre (n)	Âge moyen (min-max)	Sexe			Occupation	
			F	M	Infirmier	Étudiant soins infirmiers	Autre
Administrateurs	8	40 (25-64)	3	5	4	0	4
Responsables de groupe	11	45 (27-61)	11	0	8	0	3
Coopérants	38	24 (19-62)	34	4	26	10	2
Responsables locaux	7	48 (35-63)	1	6	2	0	5
Personnel du Poste	14	42 (19-71)	8	6	1	0	13
Patients	9	39 (18-70)	4	5	0	0	9
Total	87	35	61	26	41	10	36

3.1.2.2 Collecte des données

Afin de mettre en valeur le contexte dynamique et émergent de la RAE, cette section est présentée dans l'ordre chronologique de sa réalisation (Guillemette et Savoie-Zajc, 2012).

Données collectées au Québec

Les 30 septembre, 1^{er} et 2 octobre 2016, l'étudiante-chercheuse a fait de l'observation participante lors de la formation préparatoire offerte par IISF à tous ses coopérants. Lors de cette formation, il y avait 80 coopérants. Il y a eu deux périodes d'observation participante pour un total d'environ 4 heures. L'observation a ciblé l'encadrement de IISF pour les dons de médicaments et les questions soulevées par les participants sur ces dons (voir annexe 8). Les notes d'observation ont été transcrites dans le journal de bord.

Entre janvier et avril 2017, cinq entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des administrateurs de IISF. Également, cinq entretiens semi-dirigés ont été menés auprès des responsables de groupe. Après chaque entretien, l'étudiante-chercheuse a écrit ses impressions générales du déroulement dans son journal de bord.

Cette observation et série d'entretiens a cerné les implications des dons de médicaments aux différentes étapes de leur trajectoire et de mieux identifier les unités d'observation pour les terrains au Sénégal.

Premier terrain de recherche au Sénégal

Du 2 mai au 1^{er} juin 2017, un premier terrain de recherche est réalisé avec le groupe Universitaire (quatre responsables de groupe et 28 coopérants). La collecte des données visait en priorité le fonctionnement de la pharmacie du Poste de santé. De l'observation participante a donc été réalisée en son sein (~ 40 heures) en participant aux tâches avec les dépositaires (préparation et dispensation des médicaments aux patients, travaux administratifs). Pour compléter les observations, le dépôt de médicaments du village, le Centre de santé du district et l'unique pharmacie privée du district ont été visités. Pour ces périodes d'observation, l'étudiante-chercheuse avait la liste des thèmes d'observation (annexe 8). Elle a demandé l'autorisation préalable aux participants qu'elle soit présente à des fins d'observation. Puis, elle a noté dans un carnet les éléments pertinents aux thèmes d'observation (ex : liste des médicaments de la pharmacie, phrases dites par les coopérants pour l'enseignement de la médication, questions posées par les patients sur la médication, processus à la pharmacie lorsque le patient vient acheter ses médicaments, etc.). Elle a aussi décrit la disposition des lieux et les éléments de la dynamique entre les participants (ex : regards et langage non-verbal entre les coopérants et les patients, attitude entre les coopérants et le personnel du poste, etc.).

Afin d'explorer les perceptions des responsables locaux sur les dons de médicaments, un entretien semi-dirigé a été mené avec le responsable local, soit l'infirmier-chef de Poste et également cochercheur au projet. L'entretien s'est déroulé dans son bureau à partir d'une grille de questions (voir annexe 11) co-construite avec une cochercheuse à partir de questions établies avant le terrain et suite aux premières semaines d'observation-participante au Poste de santé ainsi que suite aux premiers entretiens avec les administrateurs.

Pour explorer les dons de médicaments pendant une MMCT, de l'observation participante a été réalisée auprès des coopérants lors de moments-clés (~ sept heures) : arrivée à l'aéroport, sécurisation des valises, donation et intégration à la pharmacie du Poste. En plus, 32 consultations cliniques par les coopérants ont été observées (~ 20 heures) et une trentaine d'heures (environ une heure par jour) d'observation flottante en clinique et lors des postcliniques où étaient discutées les difficultés rencontrées par les coopérants en clinique ont été effectuées.

Afin d'approfondir sur l'expérience des coopérants avec la collecte et la préparation des dons de médicaments avant leur MMCT, un groupe de discussion a été réalisé avec les coopérants. L'entretien a eu lieu le 13 mai 2017, sept coopérants ont participé. Il s'est déroulé dans une pièce de la clinique réservée aux coopérants. La planification de ce groupe de discussion s'est fait à la « dernière minute », l'étudiante-chercheuse ayant décidé de profiter d'un temps libre lors de la première journée de congé du groupe. Par conséquent, il n'y a pas eu d'observateur désigné contrairement à ce qui est recommandé dans la RAE (Tacchi et *al.*, 2003). Toutefois, une cochercheuse qui a participé à l'entretien a donné sa rétroaction sur les techniques d'animation et sur la dynamique de groupe. Le bilan entre le chercheur et, normalement son observateur désigné, après un groupe de discussion est recommandée (Boutin, 2007).

En fin de MMCT, afin d'explorer les perceptions des coopérants sur leur expérience avec les dons de médicaments, les difficultés rencontrées lors de la prescription et de l'enseignement aux patients et les stratégies d'amélioration, deux groupes de discussion ont été réalisés le 26 mai (n=8 coopérants) et le 29 mai 2017 (n=8 coopérants) et un groupe de discussion avec les responsables du groupe le 28 mai 2017 (n=3 responsables de groupe).

Pour chacun des groupes de discussion, un observateur a été désigné afin de prendre en note l'ordre des échanges, les comportements non-verbaux et les éléments de dynamique de groupe.

Deuxième terrain de recherche au Sénégal

Du 2 au 29 juin 2017, lors de ce terrain avec le groupe Professionnel (n=4), les périodes d'observation participante à la pharmacie se sont poursuivies (~20 heures) et ont porté sur les mêmes thèmes que lors du terrain précédent. Pour compléter les observations, la pharmacie de district a été visitée.

Afin d'explorer les perceptions des bénéficiaires sur les dons de médicaments, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec deux responsables locaux le 13 et le 16 juin 2017. Pour le personnel du Poste, l'étudiante-chercheuse a réalisé des entretiens semi-dirigés avec les deux membres prescripteurs de médicaments, soit l'infirmier (15 juin 2017) et la sage-femme (17 juin 2017). Ensuite, un groupe de discussion a été réalisé avec l'ensemble du personnel non prescripteur du Poste (n=14, 18 juin 2017). Tous les membres du personnel ont été invités et ont accepté de participer. Pour faciliter les échanges, le groupe de discussion s'est déroulé en langue wolof (langue maternelle des participants) et était animé par un cochercheur sénégalais. La veille de l'entretien, l'étudiante-chercheuse a préparé ce dernier à son rôle d'animateur à partir du guide d'entretien qu'elle avait co-construit (Boutin, 2007). Lors du groupe de discussion, elle était présente afin d'observer et de noter l'ordre des échanges, certains comportements non-verbaux et éléments de la dynamique de groupe.

De l'observation participante a été réalisée lors de l'arrivée à l'aéroport, la sécurisation des valises, la donation et l'intégration à la pharmacie du Poste (~ sept heures). En plus, 12 consultations cliniques par les coopérants ont été observées (~ neuf heures). Enfin, une trentaine d'heures (environ une heure par jour) d'observation flottante a été réalisée en clinique et lors des postcliniques.

Afin d'approfondir l'expérience des coopérants du groupe Professionnel pour les étapes de la collecte et de la préparation des dons de médicaments, un groupe de discussion a été mené le 6 juin 2017 (n=4 coopérants). Puis, un deuxième groupe de discussion a été réalisé le 25 juin 2017 (n=4 coopérants) pour approfondir leurs expériences avec les dons de

médicaments durant la MMCT. La grille de questions était la même qui avait été utilisée avec les participants du groupe « Université » (voir annexe 12). Pour les deux groupes de discussion, une cochercheuse a été désignée comme observatrice.

Données collectées au Québec

À l'été 2017, IISF a apporté des changements dans l'encadrement des dons. Ceux-ci découlaient de réflexions émanant d'échanges entre le Président et les responsables de groupe suite à leur retour du Sénégal et possiblement suite à leur participation aux entretiens individuels. Ces changements et le contexte de leur émergence ont été notés dans le journal de bord.

Le 15 septembre 2017, un entretien semi-dirigé a été mené avec deux responsables de groupe qui avaient déjà participé à un premier entretien de recherche. En effet, le comité de recherche trouvait que c'était une opportunité de faire un nouvel entretien avec elles pour approfondir leur expérience en tant que « participantes expérimentées ». L'entretien s'est basé sur la grille de questions « entretien pour responsables de groupe » afin d'approfondir l'organisation de leur collecte des dons suite à leur expérience antérieure de MMCT.

Les 28, 29, 30 septembre 2017, environ deux heures d'observation participante au total ont été réalisées à l'occasion de la formation préparatoire de IISF. Elle a porté sur les questions posées par les coopérants sur les dons de médicaments.

Troisième terrain de recherche au Sénégal

Du 21 novembre au 11 décembre 2017, l'étudiante-chercheuse est retournée au Sénégal pour rencontrer les cochercheurs, discuter avec eux de l'avancement du projet afin de compléter certains entretiens et affiner des observations notamment sur le fonctionnement de la pharmacie du Poste sans la présence d'un groupe de coopérants. En plus des rencontres de travail, environ huit heures d'observation participante à la pharmacie du Poste ainsi que trois entretiens semi-dirigés avec des responsables locaux ont été réalisés. Les entretiens se sont déroulés les 29 et 30 novembre 2017 et ont suivi une grille de questions co-construites avec les cochercheurs (voir annexe 11).

Données collectées au Québec

Le 29 décembre 2017, une responsable de groupe qui avait déjà participé à un entretien et qui était en préparation d'une nouvelle MMCT avec IISF a été invitée à prendre part à un second entretien semi-dirigé afin de connaître la préparation de leurs dons de médicaments pour cette nouvelle MMCT. Puis, un troisième entretien a été réalisé après son retour, le 26 février 2018, afin de revenir sur son expérience avec les dons de médicaments.

Puis, de janvier à avril 2018, une dernière série d'entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de trois administrateurs de IISF et une responsable de groupe en reprenant la même grille de questions que celle utilisée préalablement auprès de leur groupe respectif (voir annexes 9 et 10).

Quatrième terrain de recherche au Sénégal

Enfin, du 27 mars au 26 avril 2018, un quatrième terrain de recherche a été mis en place au Poste de santé afin d'explorer les perceptions des bénéficiaires sur les dons de médicaments apportés par les coopérants de IISF. De l'observation participante a été réalisée à la pharmacie du Poste afin de compléter les données sur ce milieu (~ 40 heures). Cette période a aussi coïncidé avec la venue du groupe de coopérants « Collégial » de IISF.

Ainsi, l'étudiante-chercheuse et un cochercheur sénégalais ont planifié des entretiens semi-dirigés avec les patients. Ils ont co-construit une grille de questions, l'ont prétestée et l'ont corrigée (voir annexe 13). Les entretiens se sont déroulés dans le village du Poste de santé au domicile des participants, les 2 et 3 avril 2018. Au total, 11 participants (neuf patients, un responsable local et un membre du personnel) tous ayant reçu des soins et des médicaments de la part des coopérants, ont participé. Les entretiens se sont déroulés en langue wolof et étaient animés par le cochercheur sénégalais. Enfin, l'infirmier-chef de Poste a pris part à un dernier entretien semi-dirigé le 3 avril 2018 qui a porté sur ses perceptions de l'évolution des dons de médicaments apportés par les coopérants depuis le début du projet ainsi que sur sa collaboration avec IISF.

Ce terrain a été poursuivi en accompagnant un troisième groupe de coopérants Collégial (n=11 dont neuf coopérants et deux responsables de groupe). Comme avec les groupes précédents, l'observation participante a ciblé les moments-clés de la trajectoire des dons (~ sept heures). De surcroît, une quinzaine d'heures d'observation flottante a été réalisée en clinique et lors des postcliniques. Pour explorer les perceptions de ce groupe sur les dons

de médicaments, deux entretiens semi-dirigés avec les deux responsables de groupe ont été menés le 12 avril 2018 et le 22 mai 2018. Aussi, des entretiens semi-dirigés avec tous les coopérants (n = 9) ont été réalisés à la fin de leur séjour, les 23 et 24 avril 2018, et ont porté sur les étapes de la trajectoire des dons, leurs perceptions et leurs suggestions d'amélioration. Les entretiens ont suivi la même grille de questions préalablement utilisée (voir annexe 12).

Données collectées au Québec

Au printemps 2018, l'étudiante-chercheuse a été informée qu'un groupe de IISF avait collecté une quantité importante de médicaments. Afin de diversifier les données, la responsable de groupe a été invitée à participer à un entretien semi-dirigé. L'entretien s'est déroulé le 18 juillet 2018 et a suivi la même grille de questions que celle utilisée auprès des responsables de groupe (voir annexe 10).

3.1.3 Organisation, codage et analyse des données

La troisième étape du déroulement d'une RAE est l'organisation, le codage et l'analyse des données. Elle consiste à une analyse en continu à la collecte des données (Tacchi et al., 2003). Dans cette étude, cette étape a été réalisée à partir d'une démarche d'analyse thématique (Paillé et Muchielli, 2008). Selon ces auteurs, l'analyse thématique « consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (p. 162). Ainsi, l'analyse thématique ne sert pas à interpréter des données, ni à développer une théorie, ni à faire ressortir le sens d'un phénomène, mais plutôt à synthétiser et documenter par des thèmes un corpus en regard de la problématique et des objectifs de recherche. L'analyse thématique est également une méthode recommandée dans le cadre d'une RAE (Tacchi et al., 2003). Les étapes du processus d'analyse de cette étude sont schématisées dans la figure 4. La synthèse de la démarche d'analyse est également représentée à la figure 10 à la fin de cette section.

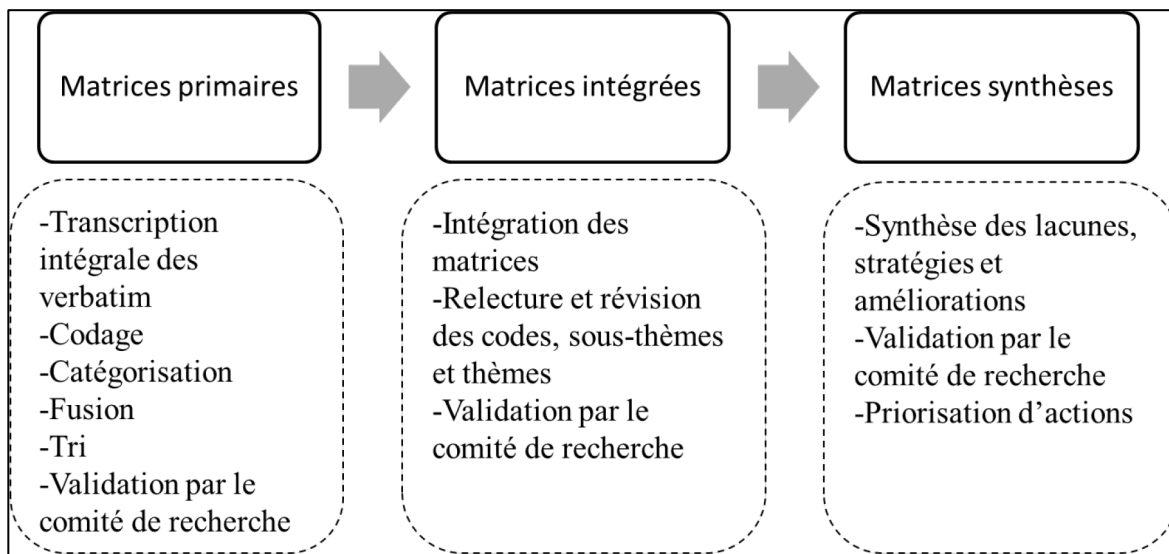


Figure 4 : Schématisation du processus d'analyse

3.1.3.1 *Élaboration des matrices primaires*

L'ensemble du corpus de données de cette étude comprenait quatre types de matériaux : (i) des extraits de verbatim provenant des entretiens (ii) des notes d'observation (iii) des extraits du journal de bord et (iv) des documents écrits provenant des participants. Les trois dernières catégories sont présentées comme un ensemble de données observationnelles.

Tous les entretiens réalisés en français ont été audio-enregistrés et transcrits en verbatim par l'étudiante-chercheuse. La transcription a inclus les hésitations, les répétitions et a respecté la syntaxe du discours. Les entretiens menés en langue wolof ont été transmis à une traductrice sénégalaise externe au projet. Un cochercheur sénégalais a révisé les trois premiers entretiens afin de valider l'exactitude entre le sens des propos du participant et celui de la transcription (la langue wolof ne se traduit pas mot à mot). Les notes écrites dans le journal de bord suite aux entretiens ont été utilisées à différents moments de l'analyse pour mieux contextualiser le codage de certains extraits, pour raffiner le tri des thèmes et pour discuter avec le comité de recherche lors de la validation des matrices. À partir des données d'entretien, une analyse horizontale (inter-groupe) a été réalisée. C'est-à-dire qu'une matrice thématique a été construite pour chaque groupe de participants. Cette démarche a révélé les différentes réalités pour chaque groupe sur les trois objectifs de recherche.

Quant aux notes d'observation et au journal de bord, ceux-ci ont été transcrits intégralement dans un fichier de traitement de texte (Word) comprenant au total 330 pages. La transcription a été chronologique, chaque entrée étant datée (jour, mois, année). Lors d'une relecture attentive du journal de bord et des notes d'observation, des extraits ont été codés « notes de site, théoriques, méthodologiques, personnelles » (Mucchielli, 1996). De plus, certains codes ont été appliqués aux extraits à partir des rubriques soulevées par les matrices d'entretiens. Les extraits les plus pertinents pour chacune des rubriques ont servi de corpus pour la matrice synthèse. L'exercice de relecture du journal de bord a aussi été l'occasion pour l'étudiante-chercheuse de situer des événements ou des réflexions en lien avec son double rôle, sa subjectivité et sa démarche méthodologique. Cette réflexivité a permis de lier certaines données à son contexte de production (Papinot, 2014).

En outre, des copies numériques des documents remis par les participants ont été classées dans l'ordinateur sécurisé de l'étudiante-chercheuse et utilisés à divers moments de l'analyse. A partir de ce corpus, une matrice thématique a été développée en reprenant les mêmes rubriques, thèmes et sous-thèmes des matrices d'entretiens auxquels se sont ajoutés d'autres éléments thématiques provenant de l'analyse des données d'observation. Par exemple, pour le thème « Stratégies utilisées pour faciliter la prescription », les codes suivants ont été ajoutés : discuter de la prescription lors des postcliniques, faire une journée de clinique avec un prescripteur local. Ces nouveaux codes ont ensuite bonifié les matrices d'entretiens, puis l'étudiante-chercheuse les a relus, de même que certains verbatim afin d'extraire de nouvelles données en lien avec ces codes. Enfin, la matrice des données observationnelles a servi pour la construction de la matrice synthèse décrite ci-après.

Les matrices d'entretiens et la matrice observationnelle ont été élaborées manuellement par l'étudiante-chercheuse à l'aide du logiciel de traitement de texte Word sous forme d'une « table des matières » en attribuant des niveaux au texte (voir figure 5 et un exemple à la figure 6). Cette méthode a été privilégiée pour sa simplicité d'utilisation, la représentation visuelle et la facilité à déplacer des données dans les différents niveaux de la matrice.

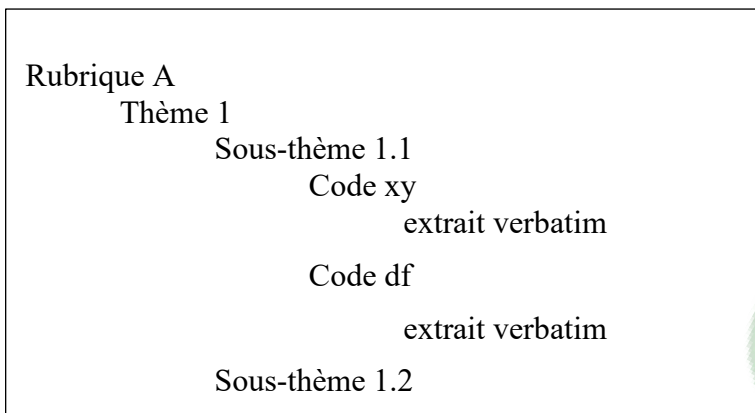


Figure 5: Structure des matrices primaires

<p>2 Gestion des médicaments</p> <p>2.1 Distribution des médicaments par les responsables locaux</p> <p>2.1.1 Les médicaments reviennent à la population</p> <p>P1 : Les médicaments, l'ICP les donne convenablement. (L13)</p> <p>P3 : Je remercie aussi le poste, parce que tout ça, c'est à cause du personnel du poste. Le personnel du poste pouvait détourner ces médicaments, sans qu'on ne soit au courant de rien. Mais il ne l'a pas fait. Tous les médicaments nous reviennent. (L104)</p> <p>P7 : Les médicaments remis au poste de santé reviennent à la population. (L73)</p> <p>P7 : Je sais que tous ceux qui viennent au poste de santé en bénéficient. (L108)</p> <p>P9 : Quand je suis allée, ils (...) m'ont prescrit des médicaments. Les médicaments n'étaient pas chers. (L32)</p>
--

Figure 6 : Exemple de matrice primaire

Les matrices ont été envoyées dans un premier temps par courrier électronique au directeur de recherche. Ensuite, tous les cochercheurs ont participé à la révision d'au moins une matrice. Cette révision a été réalisée au fur et à mesure de l'analyse, soit entre juillet et décembre 2018. Chaque matrice a été envoyée par courrier électronique à deux cochercheurs sous la forme d'une table des matières dans un fichier de texte. Ces derniers étaient invités à inscrire leurs commentaires, questions, suggestions soit dans des bulles commentaires à même le texte soit dans le message de retour du courrier électronique. Pour cette étape, la révision s'est faite de manière individuelle. Les commentaires reçus ont permis de corriger certains codes, sous-thèmes et thèmes qui manquaient de clarté, de cohérence ou de précision. Par exemple, pour la matrice des responsables de groupe, une des cochercheuses a mentionné que selon son expérience comme ancienne coopérante, le thème « Inventaire des dons de médicaments » et les codes associés (inventaire détaillé,

prendre une photo des dons, etc.) sont inclus dans le thème « Préparation et transport des dons de médicaments » puisque l'inventaire des dons est une étape qui se fait durant la préparation des valises. Suite à son commentaire, l'étudiante-chercheuse a déplacé le thème tel que suggéré. Puis, lors d'une rencontre du comité de recherche, elle a expliqué ce changement et le groupe a validé ce choix. Ce processus d'analyse et d'interprétation a donc permis de produire une lecture individuelle de l'expérience avec les dons de médicaments pour chacun des groupes et de poser un regard pluriel sur la pratique des dons de médicaments entre IISF, ses coopérants et les bénéficiaires en donnant accès à la subjectivité des participants.

3.1.3.2 Élaboration des matrices intégrées

Ensuite, en utilisant la même méthode que les matrices primaires, une « matrice intégrée » pour chacun des trois objectifs de recherche a été rigoureusement élaborée. Cette analyse verticale (intra-thème) a été l'occasion de refaire une lecture en profondeur des matrices primaires des entretiens, de réviser le choix des codes, des catégories et des thèmes ainsi que de les retrier. Chaque matrice intégrée a d'abord été validée par le directeur de recherche, puis par l'ensemble du comité de recherche en décembre 2018. Pour cela, les cochercheurs ont reçu une copie de la liste des thèmes pour chacun des objectifs de recherche par courrier électronique dans un fichier de texte. Il leur était demandé si les thèmes leur apparaissaient cohérents, fluides et compréhensibles. Des clarifications ont été apportées après leur relecture (ex : dans le thème Donner par redevabilité, le code « compenser le fardeau » a été remplacé par « remercier de l'accueil »). Aussi, vu l'abondance de données pour l'objectif #2 en lien avec les perceptions sur les dons de médicaments, l'étudiante-chercheuse a discuté avec son directeur pour identifier les rubriques moins pertinentes pour le projet de recherche. Cette liste a été envoyée aux cochercheurs en leur demandant si parmi les thèmes « à retirer » certains leur semblaient importants et pertinents en regard à l'objectif de recherche, et donc devaient être conservés. Tous étaient d'accord pour retirer les rubriques présélectionnées (ex : relations coopérants-patients, relations coopérants-personnel du Poste, fête d'accueil et de départ, collaboration IISF-partenaire, motivations à participer à une MMCT, etc.). Cette analyse verticale a mis en commun l'expérience singulière de chaque groupe de participants pour chacun des

thèmes (voir exemple à la figure 7). Enfin, elle a permis d'obtenir un regard intégré et global de la pratique des dons de médicaments au sein de IISF.

PERCEPTIONS SUR LA GESTION LOCALE DES MÉDICAMENTS	
11.2	Confiance et méfiance dans la gestion des dons
11.2.1	<u>Confiance dans la gestion locale</u>
A1 :	Mais il faut penser à l'impact positif que ça l'a, c'est que le groupe, le comité de santé, est capable de faire une bonne gestion (L925)
A6 :	je pense que les médicaments ont été assez bien utilisés. (...) Dans le restant, est-ce que les médicaments ont été bien utilisés dans l'année ça je le sais pas. Mais comme on dit, un don c'est un don aussi, un moment donné on va amener ça dans les mains du comité de santé en pensant, c'est dans leurs mains maintenant. (L262)
RG1 :	c'est sur qu'on espère toujours faire un bon acte derrière ça pis qu'ils vont être utilisés à bon escient. (L510)
RG8 :	je crois que les gens qu'en général sont quand même honnêtes, (...) je crois pas qu'ils peuvent nécessairement tout jeter, ou ne pas utiliser le matériel qu'on a apporté ou les médicaments. (L139)
RG11 :	J'ai une confiance je te dirais aveugle que ça va être, il va bien le gérer. (...)
P1 :	Les médicaments, l'ICP les donne convenablement. (L13)
P3 :	Je remercie aussi le poste, parce que tout ça, c'est à cause du personnel du poste. Le personnel du poste pouvait détourner ces médicaments, sans qu'on ne soit au courant de rien. Mais il ne l'a pas fait. Tous les médicaments nous reviennent. (L104)
P7 :	Les médicaments remis au poste de santé reviennent à la population. (L73)

Légende : A = administrateurs, RG = responsable de groupe, P = patient, L925 = numéro de ligne de l'extrait

Figure 7 : Exemple de matrice intégrée

3.1.3.3 *Élaboration des matrices synthèses*

À partir des matrices intégrées, un tableau synthèse a été créé dans un classeur Excel. Le tableau synthèse a donné une vision d'ensemble des codes, sous-thèmes et thèmes et permis d'indiquer dans quels groupes de participants ils avaient émergés et si c'était des données provenant des entretiens ou des observations. Cette synthèse a aussi été l'occasion de présenter au comité de recherche un document synthèse présentant l'ensemble des thèmes en lien avec les trajectoires des dons de médicaments et, en parallèle, ceux avec les améliorations proposées (voir exemple à la page suivante, figure 8).

Cet exercice a été réalisé lors de deux rencontres de travail avec le comité de recherche en janvier et février 2019, d'une durée respective de 2 et 3 heures. Deux chercheurs ont participé à la première rencontre et ont procédé à une discussion du document (étapes de la

trajectoire, lacunes, forces, stratégies). Les échanges ont clarifié certains thèmes et ont contribué à la contextualisation ainsi qu'à l'interprétation des données. Par exemple, pour l'objectif #3, en lien avec la planification des dons de médicaments, la piste d'amélioration « Augmenter la quantité de médicaments » a été retirée puisqu'elle ne semblait pas réaliste pour IISF compte tenu des thèmes sur les difficultés éprouvées par les coopérants ayant émergé de l'analyse des données. Lors de la deuxième rencontre, une version révisée du document de synthèse a été présentée au comité qui a refait une lecture, a procédé à la priorisation des améliorations et a proposé des idées de comment ces actions pouvaient être implantées (voir exemple à la page suivante, figure 9). L'illustration à la figure 9 montre que pour l'étape de la gestion locale et le thème de confiance et méfiance lors de l'utilisation des dons de médicaments, le comité a considéré que la piste d'amélioration d'expliquer les sources de méfiance lors de la formation prédépart était prioritaire (priorité A). De même, le sous-thème « méfiance sur la destruction des dons utilisés » a été considéré non prioritaire (priorité C) par le comité car d'une part l'analyse de données n'a pas fait état d'une telle destruction des dons de médicaments, il s'agit d'une perception des participants, puis, selon eux, s'il y avait une telle destruction, IISF n'a pas de contrôle sur celle-ci. Par conséquent, ce sous-thème a été retiré.

Thèmes	Sous-thèmes	Codes	Entretiens (sommaire)								
			Admn	Resto Europe	Université	ISF-So.b	Carep	Resp local	Personnel local	Observation	
Confiance et méfiance dans l'utilisation des DM	Confiance dans la gestion locale	Reconnaître leur autonomie	X				X				
		Confiance spontanée dans la gestion locale			X						
	Espérance en une bonne gestion locale Méfiance dans la gestion locale	Confiance après avoir vu le fonctionnement de la pharmacie			X						X
		Doute sur la répartition des dons après avoir quitté La confiance n'exclut pas le contrôle	X		X						X
	Importance du contrôle post-donation	Maintenir une surveillance périodique	X				X				

Etapes de la trajectoire	Thèmes et sous-thèmes (à partir de l'analyse des entretiens)	Pistes amélioration (à partir de l'analyse des entretiens)	Priorité ? A = +++ B = ++ C = + Commentaires?	Proposition de plan (Qui? Quand? Comment?) « Modèle cadre » Potentiel transférabilité
Gestion locale (après)	Confiance et méfiance dans l'utilisation des DM <ul style="list-style-type: none"> Confiance dans l'utilisation à bon escient Méfiance sur l'utilisation des dons après le départ des groupes Méfiance sur la destruction des dons non utilisés 	Expliquer les sources de méfiance lors de la formation pré-départ (bloc sur les DM)	A	Source de méfiance : à expliquer lors de la formation la gestion des médicaments
			C	Destruction en-tà-pas-de-contrôle

Figure 8 : à gauche, exemple de matrice synthèse

Figure 9 : à droite, exemple de document de travail du comité de recherche

De manière générale, il est ressorti de ces rencontres de travail que certaines forces et lacunes étaient connues (ex : difficultés rencontrées lors de la sollicitation des pharmaciens) et d'autres méconnues de la part des membres du comité (ex : se faire prescrire des médicaments en leur noms personnels, sélection médicaments inadéquats par les coopérants) , certaines lacunes étaient connues mais estimées « hors du contrôle de IISF » (ex : « les dons de médicaments devraient être contrôlés par les autorités sénégalaises »). Enfin des forces et des lacunes ont été jugées importantes (ex : « liste favorise les dons appropriés par les coopérants ») ou moins importantes (ex : « manque d'informations sur les reçus aux fins d'impôts pour les donateurs »). De même, certaines améliorations ont été considérées pertinentes d'autres non faisables (ex : « favoriser l'accessibilité des médicaments à la population »). Enfin, lors de ces deux rencontres, les chercheurs ont exprimé leur satisfaction d'avoir participé à la validation de l'analyse et ont dit que l'exercice avait été stimulant pour échanger des idées tout en contribuant à leur compréhension commune de la problématique.

	Trajectoires	Perceptions	Améliorations			
Données entretiens						Données observationnelles
Administrateurs	 Analyse horizontale (inter-groupe)			Matrice primaire Admin	Validation D + CR	
Admin 1						
Admin 2						
... (n=8)						
Responsables de groupe						
... (n=11)				Matrice primaire RG	Validation D + CR	
Coopérants						
... (n=38)				Matrice primaire coop.	Validation D + CR	
Responsables locaux						
... (n=6)				Matrice primaire RL	Validation D + CR	
Personnel du Poste						
... (n=14)				Matrice primaire PL	Validation D + CR	
Patients						
... (n=9)				Matrice primaire Patients	Validation D + CR	
	Matrice intégrée	Matrice intégrée	Matrice intégrée			Matrice intégrée observationnelle
	Validation D + CR	Validation D + CR	Validation D + CR			Validation D + CR
Matrice synthèse						
Validation D + CR						

Figure 10 : Synthèse du processus d'analyse thématique

3.1.4 Planification et action

Cette dernière étape du cycle de RAE vise à identifier des pistes d'action et à co-construire leur plan d'implantation afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire. Cette étape s'est déroulée en trois temps qui sont schématisés à la figure 11.

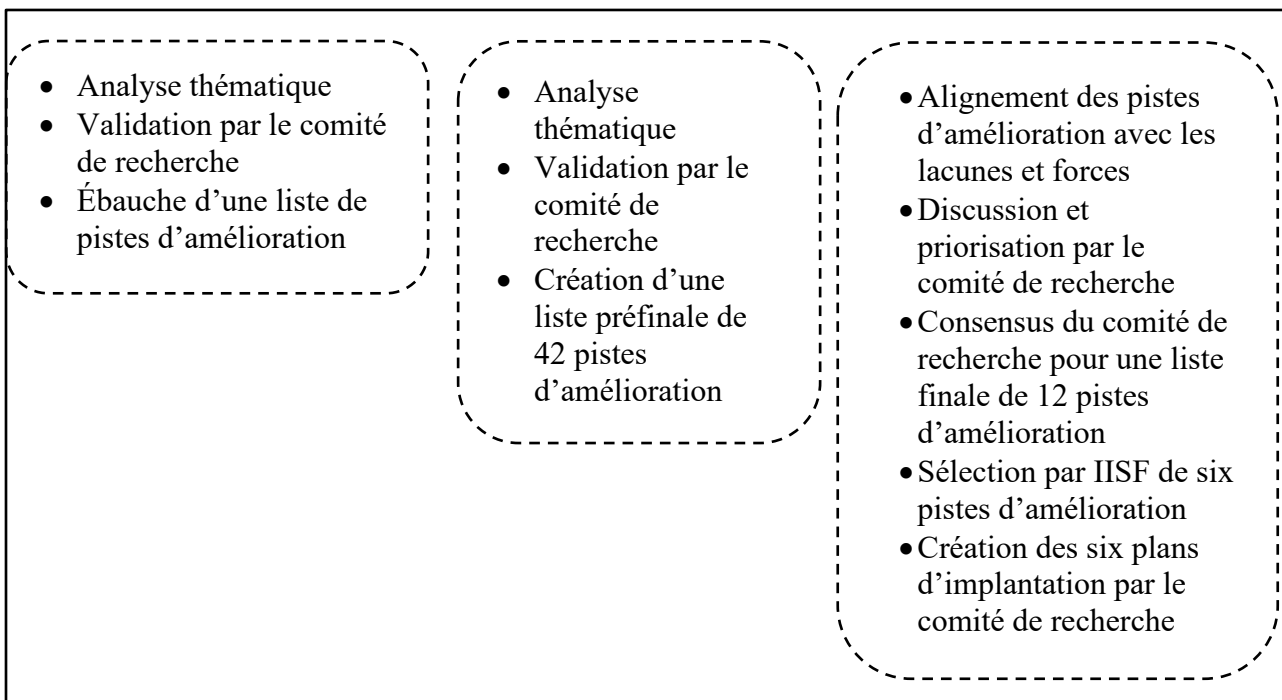


Figure 11 : Schématisation du processus de co-construction des plans d'action

Premièrement, les participants ont été questionnés directement sur leurs propositions d'amélioration pour la pratique des dons de médicaments. Ces données ont été analysées selon une démarche d'analyse thématique telle que décrite ci-haut. Deuxièmement, d'autres pistes d'amélioration ont émergé d'une relecture transversale de l'analyse des données. Cette démarche d'analyse thématique a produit une liste préfinale comprenant 42 points d'amélioration. Troisièmement, ces propositions ont été discutées et négociées par l'ensemble du comité de recherche lors de deux rencontres de travail d'une durée de trois heures chacune en février et en mars 2019. Ces rencontres ont permis au comité de discuter, réorganiser, trier, faire consensus et prioriser les actions devant être mises en avant par IISF. Suite à ce travail, le comité de recherche a retenu 12 pistes d'amélioration. Celles-ci ont été présentées à IISF en novembre 2019. Compte tenu du changement de partenaire de IISF, le Président de l'organisme a décidé d'en retenir six, lesquelles

semblaient pertinentes et transférables auprès du nouveau partenaire de IISF au Bénin. En effet, le partenaire est une organisation non gouvernementale (ONG) accueillant des groupes de professionnels de santé européens et canadiens qui offriront des soins dans des Postes de santé en régions rurale et urbaine. Ce partenaire demande déjà à leurs coopérants d'apporter des dons de médicaments, sans préciser lesquels ni la quantité souhaitée, ils sont ensuite distribués directement à la population par les coopérants (sans prescription). IISF souhaite utiliser les résultats de la recherche pour co-déterminer avec l'ONG une nouvelle pratique pour planifier et gérer les dons de médicaments localement. Enfin, pour chacune des pistes retenues, le comité a rédigé un plan d'implantation (voir annexe 14).

Afin de mettre en œuvre ces pistes d'amélioration, le conseil d'administration de IISF a nommé le 24 novembre 2019 un comité IISF-Dons de médicaments. Ce comité est composé de neuf personnes, dont quatre étaient également impliquées dans le comité de recherche de cette étude. Lors de leur première rencontre le 7 décembre 2019, l'étudiante-chercheuse était présente pour faciliter la transition du projet de recherche entre le comité de recherche et le comité de IISF. Le comité a ainsi pris connaissance de la synthèse des résultats de l'étude et a échangé sur les modalités de la mise en œuvre des plans d'action proposés. Durant cette rencontre, les rôles du comité, les responsabilités des membres et les premières interventions à réaliser ont été établis. Puis, le comité s'est rencontré le 2 février 2020 pour réfléchir à la Politique de IISF pour les dons de médicaments et planifier certaines actions. Compte tenu du contexte mondial avec le coronavirus et l'annulation des MMCT de IISF pour 2020, la troisième rencontre du comité a été reportée.

La première partie de chapitre a détaillé le déroulement du cycle de RAE réalisé dans cette étude. Il a été mis en lumière le caractère dynamique, itératif et souple d'un tel devis, caractéristiques essentielles à la réussite d'une telle démarche en contexte international. La section suivante approfondit la rigueur scientifique de cette recherche doctorale.

3.2 Rigueur scientifique de la recherche

La deuxième partie de ce chapitre traite des critères de rigueur appliqués dans cette recherche doctorale pour assurer sa validité. Vue l'absence de critères spécifiques au devis de la RAE (Tacchi et *al.*, 2009), et en accord avec la visée pragmatique de cette étude, les quatre critères de rigueur de la recherche-action proposés par Savoie-Zajc (2001) sont

privilegiés : respect des valeurs et des principes démocratiques, faisabilité, cohérence systémique ainsi que fiabilité et appropriation. Pour chacun de ces critères, les moyens utilisés pour y répondre sont explicités. Enfin, les principaux biais potentiels de cette étude sont présentés avec les stratégies employées pour les minimiser.

3.2.1 Respect des valeurs et des principes démocratiques

Le respect des valeurs et des principes démocratiques est un principe transversal de la recherche-action. Pour répondre à ce critère, les membres du comité ont été sélectionnés pour assurer un partage équitable des pouvoirs entre l'organisme IISF et son partenaire, représenter également les femmes et les hommes ainsi que les québécois et les sénégalais. Or, comme décrit par Ridde et Cappelle (2011) ainsi que par Clark (2012), certaines difficultés liées à la dimension collaborative internationale de cette recherche ont été rencontrées : difficultés logistiques lors des rencontres du comité, non réponses aux échanges courriels, manque de compréhension sur le rôle attendu des cochercheurs, manque de disponibilité, etc. Elles ont engendré une difficulté pour l'étudiante-chercheuse à maintenir l'implication et la collaboration de tous les membres en un seul comité. D'ailleurs, son journal de bord contient des extraits où elle s'interroge sur comment s'y prendre pour assurer le volet collaboratif de ce projet. Cette attitude traduit son manque d'habiletés à coordonner un tel comité international. Pour ces raisons, l'étudiante-chercheuse a réorganisé le comité en deux sous-comités (Québec et Sénégal) avec des activités spécifiques pour chacun en fonction de l'évolution du projet.

L'engagement des cochercheurs s'est d'abord concrétisé par la clarification des rôles et responsabilités des cochercheurs et de l'étudiante-chercheuse puis par la signature de l'entente de collaboration (annexes 6 et 7). Également, il faut souligner la participation active de tous les membres du comité. Celle-ci s'est manifestée par leurs retours pertinents lors de la révision de documents de travail, leurs échanges constructifs lors des rencontres et leur précieuse aide pour faciliter l'accès aux milieux. Cet engagement s'est aussi reflété dans la création des plans d'implantation des actions, étape nourrie par les échanges constructifs, l'expertise et le savoir des cochercheurs afin que les actions soient adaptées, le plus possible, à la réalité du terrain (Tacchi, 2015).

3.2.2 Faisabilité

Le critère de faisabilité exige que le projet soit centré sur un problème réel du milieu et que la solution réponde aux particularités économiques et politiques du milieu (Savoie-Zajc, 2001). Parmi les stratégies mises de l'avant pour assurer la faisabilité de cette étude, notons que la demande d'amélioration de la pratique des dons de médicaments provient de l'organisme et de son partenaire. Ainsi, comme ils ont défini le thème et l'objectif de l'étude, le projet avait du sens pour eux et n'a pas été ressenti comme un fardeau. Pareillement, selon les discussions lors des rencontres avec le comité, le cadre méthodologique proposé leur a semblé original et pertinent. Selon Clark (2012), le changement prévu dans la recherche-action doit apporter des solutions significatives à un problème local. À cet effet, la RAE ici proposée a semblé être un choix judicieux pour favoriser l'implantation du projet auprès des groupes concernés (Tacchi, 2015).

La faisabilité de cette étude nécessitait que les techniques de collecte de données soient culturellement appropriées (Clark, 2012). Pour y parvenir, l'étudiante-chercheuse a validé le choix des techniques avec le comité de recherche. Elle a aussi élaboré les outils de collecte avec les cochercheurs. Par exemple, pour la grille d'entretiens des participants du groupe « Patients », elle a travaillé avec un des cochercheurs sénégalais afin de trouver les mots appropriés et la meilleure formulation des questions pour être adéquatement traduites en langue wolof. De même, ce sont les cochercheurs sénégalais qui ont proposé de faire les entretiens avec les patients à leur domicile afin de favoriser leur participation. Ils ont également suggéré de leur remettre un sachet de thé et du sucre comme remerciement symbolique. Ces conditions sont effectivement apparues comme facilitantes pour le recrutement des patients et bien accueillies par ces derniers.

Enfin, l'intégration du chercheur sur un terrain est un acte négocié : les personnes peuvent, ou non, accepter la présence du chercheur tout comme ils peuvent lui donner un accès complet ou partiel au terrain (Cléret, 2013). Par conséquent, à chaque terrain, l'étudiante-chercheuse a repris contact avec les cochercheurs sénégalais, notamment l'infirmier-chef de Poste, afin de s'assurer qu'elle pouvait bien venir réaliser les activités de recherche planifiées avec leur collaboration et leur participation. Nous considérons que la présence prolongée de l'étudiante-chercheuse a eu un impact positif sur les relations de collaboration avec les cochercheurs sénégalais et sur son accès au milieu.

3.2.3 Cohérence systémique

Le critère de cohérence systémique concerne la description des choix méthodologiques et la rigueur du processus de cueillette et d'analyse des données (Savoie-Zajc, 2001). La RAE est confrontée à une rareté d'écrits scientifiques. Ainsi, ce choix apporte une limite sur le plan épistémologique puisque les influences théoriques de la RAE ne sont pas approfondies (Tacchi, 2015). Pour l'étudiante-chercheuse en parcours doctoral et qui doit ancrer son projet dans un paradigme (Caouette, 2012), les repères épistémologiques de la RAE sont demeurés flous. Cette limite a été palliée par la décision de situer cette étude dans le paradigme constructiviste avec une recherche-action de type pratique tel que définie par Savoie-Zajc (2001). Sur le plan méthodologique, en plus du guide sur la réalisation d'une RAE (Tacchi et *al.*, 2003), l'étudiante-chercheuse s'est appuyée sur les ouvrages méthodologiques reconnus en recherche-action (Coghlan et Brannick, 2014; Stringer, 2014), sur l'ethnographie (Hammersley et Atkinson, 2007) et sur la conduite de terrain (Beaud et Weber, 2010; Olivier de Sardan, 2008).

Afin de renforcer la cohérence systémique de cette étude, une première stratégie a été d'impliquer le comité de recherche dans la validation des activités de recherche. En effet, l'étape de la planification a été l'occasion pour les cochercheurs, à partir de leurs expériences dans les milieux, de porter un regard critique sur les activités de recherche proposées et de valider les choix méthodologiques. Par exemple, ils ont proposé de réaliser un terrain avec plus d'un groupe de IISF (initialement, l'étudiante-chercheuse devait accompagner qu'une seule MMCT). Ils ont aussi suggéré à l'étudiante-chercheuse de compiler les inventaires des dons de médicaments, les impressions diagnostics et les traitements prescrits par les coopérants afin d'obtenir un portrait précis de ce qui était remis en don et ce qui était utilisé par les coopérants.

Pour renforcer la validité des données, diverses stratégies de triangulation ont été utilisées. D'abord, une triangulation des méthodes (groupe de discussion, entrevue individuelle, observation participante, journal de bord, documents) a été appliquée. Cette stratégie contribue à la fiabilité et à la crédibilité des résultats. Ensuite, une triangulation des chercheurs a été encouragée tout au long du processus par l'implication des cochercheurs aux différentes étapes du projet ainsi que par les discussions entre l'étudiante-chercheuse et son directeur sur les choix méthodologiques et sur la démarche d'analyse des données.

Aussi, après les entretiens et les séances d'observation, l'étudiante-chercheuse a fait des bilans avec des cochercheurs afin de s'assurer qu'elle avait bien saisi le sens des propos recueillis ainsi que des éléments observés. Enfin, une triangulation des sources a été assurée (administrateurs de IISF, coopérants, responsables de groupe, responsables locaux, personnel du Poste de santé, patients et cochercheurs). Par exemple, le fait d'avoir inclus trois MMCT distinctes de IISF (coopérants universitaires, professionnels et collégiaux) contribue à la transférabilité de cette étude.

Enfin, de par sa nature participative et cyclique ainsi que de par sa visée de création d'un changement, la RAE est une approche qui exige du temps (Tacchi et *al.*, 2003). Dans cette étude, le déroulement complet du cycle de RAE s'est étalé de juillet 2016 à mars 2020. Durant cette période, certains changements méthodologiques ont été apportés, soit par opportunité (ex : accompagner le président de IISF sur le terrain et réaliser des observations au Poste de santé en l'absence d'un groupe), soit par nécessité (ex : travailler avec deux sous-comité de recherche), soit par manque de faisabilité (ex : observer l'utilisation des médicaments par les patients). La souplesse de l'approche qualitative et le caractère itératif de son processus ont permis à l'étudiante-chercheuse d'apporter des changements au fur et à mesure du déroulement (Deslauriers et Kerisit, 1997). Ces changements ont été documentés dans le journal de bord et ont été discutés avec le directeur de recherche et validés avec le comité de recherche. De même, puisque la collecte des données s'est étalée de septembre 2016 à juillet 2018, l'étudiante-chercheuse reconnaît que le temps peut être un biais à la fiabilité des données puisque certaines conditions d'enquête ont changé (ex : modifications de certaines procédures de IISF) et les relations sociales changent (ex : relations entre IISF et son partenaire, entre l'étudiante-chercheuse et les participants) (Papinot, 2014). Par exemple, les trajectoires des dons de médicaments peuvent être différentes entre la MMCT de mai 2017 et celle d'avril 2018. Puisque le volet ethnographique de la RAE s'intéresse justement aux processus sociaux et aux interactions sociales (Tacchi et *al.*, 2003), nous considérons que cette approche était adaptée pour saisir et réfléchir à l'influence du temps sur les processus, les discours et comportements des participants. Pour minimiser ce biais, l'étudiante-chercheuse a répété des entretiens semi-dirigés avec certains participants (ex : responsables de groupe retournant au Sénégal, infirmier-chef de Poste) et a répété ses unités d'observation (ex : observation de

l'inventaire des dons de médicaments au Poste de santé en mai 2017, en juin 2017 et en avril 2018). De même, ses grilles d'entretiens et les thèmes d'observation étaient les mêmes pour chacun des groupes de participants. Ces choix méthodologiques ont contribué à l'obtention d'une saturation empirique des données dans le temps. Aussi, l'étudiante-chercheuse a considéré les changements apportés dans les milieux (IISF et le Poste de santé) ainsi que dans leurs relations mutuelles lors de l'analyse des données (ex : changement du format de la formation prédépart sur les informations données aux coopérants pour les dons de médicaments versus les questions qu'ils se sont posés par après sur ce sujet).

3.2.4 Fiabilité et appropriation

Le critère de fiabilité et d'appropriation consiste en l'explication des perspectives, des procédures et de l'argumentation pour permettre une compréhension complète des résultats (Savoie-Zajc, 2001). Le journal de bord de l'étudiante-chercheuse et les rencontres avec le comité de recherche ont assuré une meilleure description du processus.

L'appropriation du projet par IISF a été démontrée par son engagement et son implication tout au long du processus. Le conseil d'administration s'est montré collaboratif, ouvert au changement et proactif dans le déroulement des activités de recherche. À cet effet, IISF a créé en novembre 2019 un comité IISF-Dons de médicaments qui a reçu le mandat d'appliquer les plans d'action découlant de cette étude. Parmi les membres du comité IISF-Dons de médicaments, il est intéressant de constater que quatre chercheurs ont répondu positivement à l'invitation. En plus d'assurer une continuité du projet, cet engouement souligne le degré d'appropriation du projet par IISF.

3.2.5 Principaux biais

Cette étude comporte certains biais potentiels qu'il est important de présenter. Ceux-ci concernent la subjectivité de l'étudiante-chercheuse, notamment en lien avec son double rôle, les biais liés aux entretiens et, enfin, ceux liés à l'immersion sur le terrain. Les moyens utilisés pour les minimiser sont également décrits.

3.2.5.1 *Subjectivité*

Ancrée dans le paradigme constructiviste, cette recherche doctorale s'appuie sur le postulat que la subjectivité et l'intersubjectivité entre le chercheur et son objet d'étude sont des moyens pour atteindre sa compréhension (Creswell, 2013; Merriam, 2002). La subjectivité du chercheur doit être ni niée, ni exaltée, mais contrôlée (Olivier de Sardan, 2008). Aussi, son effet sur les configurations sociales des acteurs doit être reconnu comme une condition de production des données et doit être analysé (Papinot, 2014).

Dans cette étude, la subjectivité de l'étudiante-chercheuse a été impliquée et a servi à informer et à guider le processus de recherche (Appleton et King, 2002). Elle reconnaît que ses caractéristiques personnelles et son orientation théorique ont pu teinter sa manière d'interpréter la réalité étudiée. La proximité et la familiarité entre l'étudiante-chercheuse, le terrain et les participants de même que son double rôle d'étudiante-chercheuse et de secrétaire générale de IISF ont pu influencer sa démarche de recherche. Aussi, le double rôle de l'étudiante-chercheuse et des cochercheurs ayant participé à la collecte des données a pu avoir un effet sur le biais de désirabilité sociale des participants (Creswell, 2013). Pour minimiser ce biais et dans un souci de rigueur scientifique, l'étudiante-chercheuse a dès le début du processus de recherche rédigé une réflexion personnelle sur l'influence de ses valeurs, ses croyances, ses expériences sur l'objet d'étude, ses a priori et ses craintes (Hammersley et Atkinson, 2007; Pellat, 2003). Elle a aussi réfléchi à ses rapports personnels et professionnels avec les cochercheurs, à ce qui pouvait favoriser et restreindre leurs échanges dans le cadre de ce projet. La rédaction régulière du journal de bord par l'étudiante-chercheuse a été une stratégie indispensable pour transcrire ses impressions subjectives et ses implications personnelles avec les participants (Olivier de Sardan, 2008). La relecture attentive du journal de bord lors de l'analyse a lié certaines conditions de la recherche (relations sociales, événements, impressions personnelles) à la production des données (Papinot, 2014). De surcroît, les nombreuses discussions de l'étudiante-chercheuse avec son directeur de recherche et avec les cochercheurs, de même que la triangulation des chercheurs ont contribué à contrôler l'effet de la subjectivité de l'étudiante-chercheuse (Casey et Murphy, 2009).

3.2.5.2 *Biais liés aux entretiens*

L'entretien est une situation artificielle qui tente de s'apparenter à une situation naturelle (Poupart, 1997). Afin de mettre à l'aise le participant, l'étudiante-chercheuse a mis en scène certains éléments pour le gêner le moins possible (moment favorable, habillement décontracté, langage adapté). L'étudiante-chercheuse a pris conscience que sa manière d'interroger et son guide d'entretien, incluant le choix des questions et celles omises ainsi que l'ordre des questions, a eu une influence sur la manière de répondre du participant (Savoie-Zajc, 2009). Ses réflexions personnelles ont été notées dans son journal de bord. Comme le souligne Poupart (1997), ces éléments de mise en scène ont un effet sur les données produites, mais il est difficile de l'analyser.

Concernant la relation entre l'étudiante-chercheuse et les participants interviewés, celle-ci reconnaît que son langage verbal et non-verbal peut avoir eu un effet sur la relation avec le participant qui peut interpréter des marques d'intérêt ou de désintérêt à son égard (Poupart, 1997). Pour cela, l'étudiante-chercheuse est intervenue le moins possible lors des entretiens et a fait de l'écoute active en exprimant des « ok », « hum hum », en regardant la personne avec un sourire et en hochant de la tête. Puisque l'étudiante-chercheuse est elle-même une infirmière et qu'elle avait réalisé des MMCT au Sénégal, une certaine homologie a été retrouvée naturellement avec les participants, ce qui a permis une certaine proximité et une compréhension plus commune du phénomène. Toutefois, pour maintenir une certaine distanciation, l'étudiante-chercheuse a rédigé dans son journal de bord après chaque entretien ses impressions afin de voir dans quelle mesure les propos pouvaient être influencés par ses interventions, ses attitudes et ses caractéristiques personnelles. Par exemple, lors des entretiens avec les responsables locaux et les membres du personnel du Poste de santé, elle s'est questionnée sur sa perception du rôle du participant (ex : chef de village, président du Comité de santé, etc.), la perception que ce dernier se faisait sur elle (chercheuse, représentante de IISF) ainsi que sur l'influence que ces perceptions ont pu avoir sur le déroulement de l'entretien et sur la relation d'enquête (ex : relation plus distante, exprimer des demandes, etc.) (Savoie-Zajc, 2009).

Concernant le biais de désirabilité sociale, les propos des participants sont empreints de leur compréhension du but de la recherche. Ainsi, ils peuvent s'engager pleinement dans

leur participation, ou ne pas participer activement, en fonction de l'importance qu'ils accordent au projet de recherche (Poupart, 1997). En conséquence, les participants ont pu répondre avec honnêteté, mentir ou omettre des informations s'ils croient que la recherche puisse être à leur désavantage. Pour minimiser ce biais, l'étudiante-chercheuse et les cochercheurs ont clarifié leur rôle ainsi que le but du projet, lequel étant d'améliorer une pratique et que par conséquent, ils souhaitaient comprendre quels étaient les problèmes et les propositions d'amélioration à partir de leur expérience en tant qu'acteur. C'est aussi pour minimiser ce biais que les cochercheurs sénégalais ont participé au recrutement et à la collecte des données auprès des bénéficiaires.

Plus spécifiquement aux groupes de discussion, les participants échangent librement en rebondissant sur des propos qu'ils partagent ou non, il se crée ainsi une interaction affective entre les participants (Boutin, 2007) ainsi qu'un contexte d'intersubjectivité (Leclerc et *al.*, 2011). En accord avec la posture épistémologique constructiviste de cette recherche, on considère que c'est dans cet espace d'intersubjectivité que se co-construira un sens qui évoluera tout au long de l'entretien (Morrissette, 2011). Toutefois, cette intersubjectivité comprend des limites. Par exemple, dans les groupes de discussion réalisés dans cette étude, il y a pu y avoir une influence réciproque entre les participants avec un effet « boule de neige », une coalition ou une recherche de consensus (Baribeau, 2010; Boutin, 2007). Pour saisir le plus possible cette dimension d'intersubjectivité, une personne a pris le rôle d'observateur et a noté les comportements non-verbaux ainsi que certains éléments de la dynamique de groupe. Ces notes ont été discutées avec l'étudiante-chercheuse lors du bilan post-entretien. Enfin, lors de la transcription verbatim, l'étudiante-chercheuse a inscrit certains éléments de la dynamique des entretiens (accélération du débit, interruption, rire, soupir, ton de désaccord, attitude consensuelle, etc.) afin de les considérer lors de l'analyse des données.

3.2.5.3 *Biais liés à l'immersion sur le terrain*

Dans cette étude, l'étudiante-chercheuse s'est retrouvée *in situ*, c'est-à-dire qu'elle a partagé le quotidien des acteurs afin de vivre cette même réalité (Draper, 2015). Par conséquent, elle a été son propre instrument de collecte de données. La subjectivité de l'étudiante-chercheuse est ici un biais puisque les données ont été sélectionnées, filtrées et

teintées par elle-même (Draper, 2015; Pellat, 2003). Par exemple, elle a pu porter une attention trop sélective sur certains aspects d'une situation et en ignorer d'autres (Martineau, 2005). Pour minimiser ce biais de sélection, elle a discuté avec les cochercheurs pour faire le bilan et identifier d'autres unités d'observation à réaliser. Par exemple, l'étudiante-chercheuse est allée trois jours dans un autre Poste de santé à proximité afin d'observer le fonctionnement de la pharmacie de ce Poste.

Par ailleurs, les terrains ont été réalisés dans un contexte familial de l'étudiante-chercheuse, bien que cette situation peut être un avantage, elle peut aussi soulever une tension liée à sa double identité « *insider-outsider* » (Allen, 2004). Afin de prendre une distance à l'égard de sa subjectivité, il a été essentiel pour l'étudiante-chercheuse de prendre conscience de ses filtres et de s'auto-analyser en rédigeant son journal de bord (Beaud et Weber, 2012; Pellat, 2003). De même, pour renforcer sa distanciation, elle a conduit des entretiens semi-dirigés hors site et a effectué l'ensemble de son analyse des données hors du terrain. Enfin, la triangulation des chercheurs, notamment par l'implication du comité de recherche dans la validation et l'interprétation des analyses, a minimisé ce biais.

La présence du chercheur et le terrain s'inter-influence. Ainsi, l'étudiante-chercheuse reconnaît que sa présence a pu modifier les comportements de ceux qu'elle a étudiés puisqu'elle était un nouvel élément dans leur configuration sociale (Papinot, 2014). La familiarité de l'étudiante-chercheuse avec le terrain et les MMCT de IISF de même que sa présence prolongée sur le terrain ont contribué à minimiser ce biais. D'un autre côté, pour maintenir une certaine distanciation, elle a rédigé ses impressions personnelles dans son journal de bord par exemple lorsqu'elle ressentait une confusion vis-à-vis son double rôle (ex : une responsable de groupe qui lui demande d'intervenir en tant que représentante de IISF).

Selon l'accès accordé au chercheur, il y a un risque « d'encliquage », c'est-à-dire que le chercheur fait partie d'un réseau dans lequel il produira ses données et n'aura pas nécessairement accès à d'autres réseaux à cause de son affiliation ou encore s'enfermera dans ce réseau (Olivier de Sardan, 2008). En conséquence, son regard ne portera que sur ce réseau et ses interprétations seront biaisées car peu diversifiées. Pour minimiser ce biais, l'étudiante-chercheuse s'est engagée dans diverses relations et activités sociales avec les

participants (ex : manger à différentes tables le soir, marcher dans le village, discuter avec le personnel du poste à la fin de la journée) et elle a régulièrement clarifié son rôle auprès des participants. D'ailleurs, plusieurs coopérants lui ont mentionné qu'ils avaient « oublié » qu'elle était avec eux pour un projet de recherche.

En somme, puisque cette recherche est ancrée dans un paradigme constructiviste, l'étudiante-chercheuse n'a pas tenté d'éliminer les biais liés à sa subjectivité ou à l'intersubjectivité, mais a considéré comment les dispositifs de collecte de données, la relation avec les participants et le contexte de la recherche ont été susceptibles d'être impliqués dans la production des données (Papinot, 2014). Elle est demeurée vigilante face aux influences qu'elle a subies elle-même, les rapporter et en tenir compte dans sa production, analyse et interprétation des données. Concrètement, lors de la transcription des entretiens et des notes d'observation, elle s'est questionnée sur les biais pouvant avoir eu un effet sur la collecte des données (ex : désirabilité sociale, relation de pouvoir, etc.) et a rédigé ses réflexions dans un journal de bord. Par ailleurs, la triangulation des sources, des méthodes et des chercheurs ont été des stratégies pour renforcer la crédibilité des données (Savoie-Zajc, 2009).

3.3 Considérations éthiques

La troisième et dernière partie de ce chapitre présente les considérations éthiques de cette recherche. Celles-ci concernent l'approbation éthique, le consentement à participer, le devis et la collecte des données ainsi que le double rôle.

3.3.1 Approbation éthique

Le projet a obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT le 13 septembre 2016 (n° certificat 2016-08-AUBÉ R., voir annexe 15). Ce certificat éthique a été renouvelé annuellement jusqu'en septembre 2020 où le rapport final a été remis. Pour les activités de recherche au Sénégal, le projet a obtenu l'approbation éthique du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Sénégal le 24 janvier 2017 ainsi que son renouvellement le 22 février 2018 (voir annexe 16). Ce projet comprend des considérations éthiques en lien avec le processus de l'obtention du consentement, les inconvénients lors des périodes d'observation, la confidentialité et le double rôle de certains chercheurs.

3.3.2 Considérations éthiques liées au consentement à participer

Les participants « Administrateurs », « Responsables de groupe » et « Coopérants » ont reçu par courriel au moins une semaine avant l'entretien, une copie du formulaire de consentement (voir annexes 17 et 18). Avant l'entretien, ils pouvaient poser leurs questions et, sur base volontaire, étaient invités à le signer. Pour les groupes qui étaient accompagnés au Sénégal par l'étudiante-chercheuse, comme la première rencontre d'information se déroulait plusieurs mois avant leur départ, une deuxième rencontre était prévue après leur arrivée au Sénégal. Cette seconde rencontre était l'occasion de faire une lecture intégrale du formulaire de consentement et de répondre à leurs questions. Les participants qui n'avaient pas déjà remis leur formulaire de consentement étaient alors invités, sur base volontaire, à le signer. Si un coopérant souhaitait ne pas participer, il était rassuré qu'il ne serait pas observé ni sollicité pour un entretien. Aussi, ils ont été informés qu'un refus de participer n'aurait aucun impact sur la qualité des services offerts par IISF, par le partenaire au Sénégal ou sur la relation avec l'étudiante-chercheuse. Parmi les trois groupes de coopérants, tous ont signé le formulaire de consentement.

Pour les bénéficiaires, il leur a été proposé de faire un consentement écrit ou verbal (voir les annexes 19 et 20). Selon l'article 3.12 de l'Énoncé de politique des trois Conseils (2018) ce moyen est reconnu comme éthiquement acceptable. Parmi les participants sénégalais, trois responsables locaux, 14 membres du personnel et neuf patients ont donné un consentement verbal pour les raisons suivantes : « fonction officielle à la PRA et préfère ne pas signer en tant que représentante de la PRA », « n'a pas besoin de signer pour participer et dit avoir compris le contenu du formulaire » et « ne sait pas lire ». Leur accord a été consigné sous forme de registre par l'étudiante-chercheuse.

3.3.3 Considérations éthiques liées au devis et à la collecte des données

Quelques considérations éthiques sont liées au devis de recherche au sein d'un petit organisme, notamment la confidentialité. Les participants faisant partie d'une petite population ciblée, le risque d'être identifié directement et indirectement était possible. Ce risque était clairement précisé dans le formulaire de consentement. Parmi les moyens pris pour limiter ce risque d'identification, l'étudiante-chercheuse s'est engagée à ne pas publier d'informations facilitant leur identification.

D'autres considérations éthiques sont liées au recours de l'observation participante comme technique de collecte de données, notamment les malaises ou inconforts pouvant être ressentis chez les participants. Cet inconvénient a été présenté lors des rencontres d'informations et était inscrit dans le formulaire de consentement. Tous les participants étaient avisés qu'avant chaque période d'observation et d'enregistrement, l'étudiante-chercheuse demanderait au préalable leur autorisation. Quelques fois, des coopérants ont demandé à ne pas être enregistrés ou observés car ils étaient gênés. L'étudiante-chercheuse a respecté leur demande, a pris des notes manuscrites ou a annulé la période d'observation.

3.3.4 Considérations éthiques liées au double rôle

En dernier lieu, il peut y avoir apparence de conflit d'intérêts entre l'étudiante-chercheuse qui tenait un double rôle, certains cochercheurs et les participants de l'étude. En effet, l'étudiante-chercheuse a été la secrétaire générale de IISF de 2011 à 2019. D'autres cochercheurs étaient des administrateurs de l'organisme ou avaient des positions de pouvoir avec les participants (par exemple, l'infirmier-chef de Poste). Néanmoins, puisque cette étude visant une amélioration de la pratique des dons de médicaments par une étroite collaboration entre IISF et ses partenaires, les personnes concernées par la problématique ont été impliquées au sein d'un comité de recherche et ont participé au processus de recherche. Tel que stipulé à l'article 7.4 de l'EPTC2 (2018), l'étudiante-chercheuse et les cochercheurs ont clairement divulgué aux participants leur double rôle, c'est-à-dire qu'ils effectuaient les activités de recherche non pas en tant que représentant/partenaire de IISF mais en tant que chercheurs et que les données serviraient uniquement aux fins de cette recherche et non pas aux activités de IISF. Par exemple, les informations collectées n'ont pas été transmises au conseil d'administration en cours de projet et les cochercheurs n'ont pas réutilisé les données pour créer des documents d'information ou de formation en cours de projet. Cette posture était pour d'abord permettre à l'étudiante-chercheuse de procéder à l'analyse des données et de la faire valider par le comité de recherche. Ensuite, le comité de recherche souhaitait réaliser la démarche de RAE dans le respect de son déroulement, c'est-à-dire d'attendre après l'analyse des données pour co-déterminer des actions à entreprendre. Néanmoins, les participants étaient avisés que le but du projet était d'améliorer la pratique des dons de médicaments et que les données serviraient, *in fine*, à ce que IISF entreprenne des actions pour améliorer sa manière de faire les dons.

Aussi, lors des rencontres avec le comité de recherche, l'étudiante-chercheuse ne prenait pas la position de secrétaire générale de IISF, c'est-à-dire qu'elle n'émettait pas d'idées en fonction de ce qui était dans les intérêts de IISF. Elle a ainsi conservé, autant que possible, une posture neutre. De même, lorsqu'elle exerçait ses fonctions de secrétaire générale à IISF, elle n'a pas révélé la nature, le contenu des échanges et les décisions prises par le comité de recherche.

Puisque la subjectivité de l'étudiante-chercheuse est inévitablement engagée dans son double rôle, elle a décidé de ne pas se prononcer lorsque le thème des dons de médicaments survenait lors des discussions avec les administrateurs de l'organisme. Cette situation est survenue une fois lors d'une rencontre du conseil d'administration où le trésorier s'est exprimé sur l'option d'acheter localement les médicaments. L'étudiante-chercheuse n'a pas participé à l'échange et par après, elle a demandé au trésorier s'il acceptait de prendre part à un entretien de recherche pour, notamment, partager son opinion sur ce sujet. Aussi, si les administrateurs lui posaient une question en lien avec le projet, elle répondait en fonction de l'avancement du projet. Par exemple, on lui a demandé à une occasion si on savait quelle était l'opinion des bénéficiaires sur l'option de l'achat local des médicaments. Elle leur a répondu que les entretiens réalisés présentaient des avis divergeant sur les avantages et les inconvénients de cette alternative, mais que l'analyse des données n'était pas encore terminée et que le comité de recherche se pencherait ensuite sur ce sujet pour déterminer si c'est une piste d'amélioration à retenir ou pas. Par ces stratégies, l'étudiante-chercheuse a reconnu sa double implication et a démontré son souci éthique d'agir auprès des participants de la recherche non pas en tant que secrétaire générale mais bien en tant qu'étudiante-chercheuse. Enfin, à chaque étape, l'étude a été validée par le comité de recherche. Sur le terrain, toutes les décisions méthodologiques ont été prises en concertation par les cochercheurs présents. L'ensemble du comité a aussi participé à l'interprétation et à l'analyse des données. Ces mesures ont semblé suffisantes pour éviter tout conflit d'intérêts.

CHAPITRE 4: RÉSULTATS

La présentation des résultats se divise en trois parties. La première partie consiste à décrire les étapes des trajectoires des dons de médicaments. La deuxième porte sur les perceptions des participants sur ces dons. La troisième partie présente les pistes d'amélioration suggérées par les participants pour améliorer la pratique des dons de médicaments de IISF. Ces résultats proviennent d'un important corpus de données produites suite à l'observation participante, aux entretiens semi-dirigés, aux groupes de discussion, aux discussions informelles, à la rédaction du journal de bord et aux divers documents recueillis (photos, copie de courriels, procédures administratives). L'ensemble de ces données a été traité par un processus rigoureux d'organisation, de codage et d'analyse. Les résultats ont ensuite été présentés, discutés, interprétés et validés par le comité de recherche comme étape préalable à la détermination des plans d'actions. Pour mieux contextualiser les citations de ce chapitre, une liste des participants et de leur groupe est présentée à l'annexe 21.

PARTIE I : RÉSULTATS RELATIFS AUX TRAJECTOIRES DES DONS DE MÉDICAMENTS

La première partie de ce chapitre présente les résultats pour répondre au premier objectif de recherche : « Décrire les trajectoires des dons de médicaments avant, pendant et après des MMCT de IISF au Sénégal ». Comme réponse générale, les participants ont décrit la trajectoire de leurs dons à travers 12 étapes schématisées à la figure 12 ci-dessous. Elle se divise en trois grands moments : avant, pendant et après une MMCT. L'identification des étapes provient d'abord du cadre de référence des Principes directeurs de l'OMS (WHO, 2011) lesquels nomment certaines étapes du processus (planification, sélection, préparation et transport, gestion locale). Celles-ci ont été complétées par des rubriques ayant émergé de la démarche d'analyse thématique (collecte, contrôles pré et postdonations, donation, prescription, enseignement, utilisation). En cours de processus d'analyse, l'étudiante-chercheuse a raffiné le choix des noms des étapes. Par exemple, initialement, une étape « identification des besoins » avait été créée. Après relecture du cadre de référence, il s'est avéré que l'identification des besoins était bien un thème, mais qu'il était inclus dans l'étape de la planification des dons. Enfin, le choix et l'ordonnancement des 12 étapes ont été validés par le comité de recherche.

Ce chapitre est organisé de la façon suivante. Pour chaque étape sont présentés les thèmes relatifs à la pratique de IISF en lien avec l'expérience vécue par les participants ainsi que les forces et les lacunes de cette étape. Ces dernières sont ensuite rappelées dans un tableau synthèse pour chaque étape. Une synthèse globale des trajectoires des dons de médicaments de IISF conclut ce chapitre.



Figure 12 : Déroulement des 12 étapes des trajectoires des dons de médicaments de IISF

Avant les MMCT

Avant la réalisation des MMCT de IISF au Sénégal, les étapes des trajectoires des dons de médicaments sont la planification, l'encadrement des coopérants, la collecte, la sélection, la préparation, le transport et les contrôles prédonations.

4.1 Planification des dons de médicaments

La première étape est la planification des dons de médicaments. Les deux principaux thèmes ayant émergé de l'analyse thématique sont la prise de décision inégale entre IISF et son partenaire pour planifier les dons de médicaments ainsi que l'identification utile mais imprécise des besoins en médicaments.

4.1.1 Prise de décision inégale

La planification des dons de médicaments est effectuée principalement par IISF. En effet, bien que la demande de recevoir des médicaments provienne du partenaire, c'est l'organisme qui propose et met en œuvre des mesures pour y répondre. Par exemple, à l'automne 2016, suite à une demande exprimée par l'infirmier-chef de Poste, IISF a exigé à ses coopérants que 50 % de leurs valises humanitaires soit des médicaments ou faire un don monétaire pour l'achat de médicaments. Le président de IISF explique que cette mesure a été décidée unilatéralement par IISF puis soumise au partenaire pour obtenir son accord.

L'infirmier-chef de Poste et le Comité de santé semblaient satisfaits de notre solution qui était unilatérale dans le sens qu'on y a pensé tout seul, on l'a proposé et ça a passé. Si ça passerait pas, ils nous l'auraient dit ça c'est sûr ils nous l'auraient dit assez rapidement. (Président IISF, L1264¹)

D'un côté, le partenaire apprécie cette décision prise par IISF et se sent écouté.

Ce qui est positif, c'est que toujours [IISF] vont nous dire que de nous exprimer par rapport comme on l'a fait aujourd'hui, qu'est-ce qu'on attend, qu'est-ce qu'on prend comme don, qu'est-ce qui pourrait être la meilleure formule. (Infirmier-chef de Poste, 23 mai 2017², L786)

D'un autre côté, il exprime son insatisfaction sur cette mesure qu'il calcule insuffisante pour combler ses besoins en médicaments. Il ne sent pas que sa demande de recevoir davantage de médicaments a été considérée. En effet, l'infirmier-chef a été consulté par le président de IISF afin de connaître ses besoins en médicaments et s'il était d'accord pour qu'un don monétaire soit effectué pour compenser la quantité insuffisante de médicaments. Toutefois, selon ce dernier, sa demande de recevoir davantage de médicaments n'a pas été respectée.

Nous toujours on donne notre avis, mais souvent aussi notre avis n'est pas c'est pas l'avis final à 100 %, souvent après ils vont nous dire, « attend en

¹ Les extraits verbatim sont suivi de leur numéro de ligne de leur transcription.

² Lorsque plusieurs entretiens ont été réalisés avec le même participant, la date de l'entretien est précisée.

tout cas... maintenant ce qu'on va faire c'est que... c'est ça qu'on a proposé » (...) il faut que des fois aussi nous les suggestions que l'on donne que ça soit pris en considération et c'est très important, je l'ai toujours déploré. (Infirmier-chef de Poste, 23 mai 2017, L789)

4.1.2 Identification des besoins en médicaments utile mais imprécise

Le partenaire est étroitement impliqué dans l'identification de ses besoins en médicaments. Depuis 2016, ce dernier rédige une Liste de médicaments prioritaires qu'il révisé annuellement. En 2018, elle contenait 23 dénominations communes internationales (DCI) dont principalement des anti-infectieux (voir annexe 3). L'utilité de cette Liste est soulignée par les coopérants. Elle est perçue comme un outil qui leur donne l'assurance d'apporter les bons médicaments pour répondre aux besoins du milieu, comme l'explique cette responsable de groupe qui en était à sa troisième MMCT avec IISF.

Depuis l'année passée avec la Liste que IISF fournit, on ne peut pas demander mieux, (...) depuis deux ans cette Liste là on la suit et on se casse moins la tête à se dire « c'est tu ça? », on sait que c'est ça. On est bien balisé là-dessus, vraiment. (Responsable de groupe #3, 22 mai 2018, L61)

Néanmoins, les coopérants sont confrontés à son manque de précision, se sentant vite démunis lorsque les pharmaciens leur demandent ce qu'ils souhaitent recevoir : « C'était un vrai casse-tête. "Combien vous en voulez? Y a-t'il des affaires qu'il faut amener plus que d'autres?" et ça on le savait pas (Coopérant #36, L198) ». Un autre exemple du manque de précision de la liste, est lorsqu'une responsable de groupe a interrogé directement à la secrétaire générale de IISF sur la quantité demandée pour certains médicaments de la Liste. Après vérification par courriel auprès du partenaire, il a répondu que « tout était utile » ne précisant pas la quantité souhaitée.

4.1.3 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Planification des dons de médicaments.

Tableau 4.1

Synthèse de l'étape Planification des dons de médicaments

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Partenaire consulté lors des prises de décision • Liste révisée annuellement • Liste utile pour les coopérants 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision plutôt unilatérale par IISF • Manque de précision sur les quantités et la priorisation des médicaments

4.2 Encadrement des coopérants

La deuxième étape des trajectoires des dons de médicaments est l'encadrement offert par IISF aux coopérants afin de les aider dans leurs démarches avec les dons. Cet encadrement consiste en un accompagnement ainsi que par des outils et services offerts par l'organisme.

4.2.1 Accompagnement par IISF

L'accompagnement des coopérants avec leurs démarches pour les dons de médicaments s'effectue principalement par des informations transmises lors de la formation prédépart et par l'implication des administrateurs pour répondre aux questions des coopérants.

Chaque année, IISF offre une formation prédépart de trois jours à ses coopérants et le thème des dons de médicaments est abordé de manière plus ou moins formelle. Par exemple, lors de cette formation en 2016, les sujets étaient les suivants: les Principes directeurs de l'OMS, la Liste du partenaire, le déroulement de la donation et l'exigence de rapporter au Québec les médicaments non acceptés par le partenaire. Après cette séance d'informations, diverses questions sont soulevées par les responsables de groupe parmi lesquelles : « Est-ce que les médicaments apportés sont vendus ou donnés? », « Quoi amener et en quelle quantité? », « Comment fait-on pour le passage aux douanes? ». En 2017, IISF a remplacé la séance d'information par une capsule vidéo expliquant les principales modalités logistiques des dons. Cette formule est appréciée car les informations sont plus spécifiques et pratiques : « c'était plus concret donc ça nous a permis de s'enligner sur une bonne direction. (Responsable de groupe #4, 29 décembre 2017, L119) ». Néanmoins, certaines responsables de groupe avaient encore des questions notamment sur la sollicitation des pharmaciens.

Je pense qu'on avait encore des questions à la fin [de la formation prédépart], (...) on n'a pas vraiment compris comment on peut solliciter les pharmaciens de quelle façon, c'est quoi l'approche qu'il faut avoir avec eux, quel genre d'arguments qu'il faut avoir avec eux, quel genre de document qu'il faut leur présenter tout de suite dans l'immédiat. (Responsable de groupe #11, L134)

Les responsables de groupe ont ainsi des difficultés à savoir comment faire et où collecter les médicaments. Elles expriment s'être senties laissées à elles même et que les démarches étaient complexes. L'accompagnement par IISF semble donc insuffisant pour guider adéquatement les responsables de groupe dans ces démarches comme l'explique cette participante : « C'était clair avec la Liste [pour connaître les besoins], mais là après ça il faut se démener pis dire "bon ok comment je fais? où je vais? Comment je procède?" » (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L292).

En plus de la formation prédépart, les responsables de groupe sont accompagnées par le coordonnateur aux projets internationaux. Celui-ci s'occupe des aspects logistiques des MMCT et se dit peu concerné par les dons de médicaments : « J'ai pas vraiment d'implication à ce niveau-là. (L52) ». Comme il est le lien direct entre les groupes et IISF, il réfère les questions portant sur les dons de médicaments à la secrétaire générale ou au Président de l'organisme. D'ailleurs, les autres administrateurs se disent également peu impliqués avec les dons de médicaments : « J'ai peu de contact avec les dons. (Pharmacien-conseil IISF, L586) », « J'ai pas de lien précis avec ça. (Administratrice #4, L15) »; « Je me sentais moins impliquée là-dedans (Administratrice #7, L22) », « Je ne connais pas toutes les particularités ou comment on fait les choses pour les dons de médicaments. (Trésorier IISF, L35) ». Comme on le verra dans ce chapitre, l'absence d'un administrateur désigné spécifiquement aux dons de médicaments est une lacune qui se reflète aussi à d'autres moments des trajectoires, par exemple lors des contrôles prédonations. Malgré cette lacune, les responsables de groupe se sont dites satisfaites de l'encadrement offert.

Je pense que vous êtes vraiment, dans l'organisation par rapport aux règles à suivre, vous êtes celle, vous êtes l'organisme qui a le mieux accompagné je dirais un responsable de groupe. C'est clair. Je me suis pas posée de questions. (Responsable de groupe #1, L602)

4.2.2 Mise à disposition d'outils et de services

Le second thème mis en évidence par les résultats sur l'étape de l'encadrement est la mise à disposition par IISF d'outils et de services variés. Ceux-ci sont le Portail web de IISF, le service de prescriptions à usage professionnel par le médecin-conseil de IISF et l'émission de reçus aux fins d'impôts pour les donateurs. Ces outils et services sont dédiés à guider et faciliter les démarches des coopérants avec leurs dons de médicaments. Globalement, leur utilité est soulignée par les participants, par exemple par cette responsable de groupe qui indique son appréciation des informations accessibles sur le Portail.

Il y avait aussi du contenu sur votre site que ça c'est merveilleux parce qu'un moment donné on, les étudiantes pis même nous on perd la notion des fois un petit peu, mais on peut aller retourner, on peut aller voir, aller consulter. (Responsable de groupe #4, 26 février 2018, L353)

Néanmoins, certains services sont peu utilisés ou mal compris par les coopérants : « Après la formation préparatoire, j'étais mêlée comme un jeu de cartes. (Coopérant #29, L447) ». De même, le médecin-conseil de IISF dit être peu sollicité pour le service de la prescription à usage professionnel. En effet, ce service consiste à une prescription réalisée par le médecin-conseil de IISF en accord avec le pharmacien qui souhaite faire un don au groupe. Le cas échéant, le pharmacien précise quels médicaments il peut donner et le médecin-conseil effectue la prescription qu'il lui envoie par fax ou courriel. Ce service est une façon pour les médecins du Québec d'obtenir des médicaments en quantité plus grande que pour un seul individu, et ce, conformément aux normes du CMQ et de l'OPQ.

Ces résultats illustrent que la seule présentation des services et les outils lors de la formation pré-départ et de la disposition des informations sur le Portail ne sont pas suffisants pour qu'ils soient utilisés par les coopérants. Par conséquent, ces derniers ont plus de difficultés dans leurs démarches avec les dons et ne respectent pas complètement, par méconnaissance, les procédures de IISF comme cela est décrit dans d'autres étapes des trajectoires.

4.2.3 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de cette étape.

Tableau 4.2
Synthèse de l'étape Encadrement des coopérants

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Personnes ressources reconnues parmi les administrateurs • Confiance des coopérants dans l'organisme • Beaucoup d'informations utiles • Portail web utile • Documents préremplis par IISF • Disponibilité du médecin-conseil 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de concertation et de participation dans le rôle des administrateurs pour les dons • Encadrement insuffisant dans la mise en œuvre de la collecte • Questions laissées en suspens • Difficultés des coopérants à répondre aux questions des pharmaciens • Services de IISF peu utilisés

4.3 Collecte

La troisième étape est la collecte des dons de médicaments par les coopérants. Les thèmes ayant émergé des données sont : les méthodes variées de collecte, les difficultés rencontrées par les coopérants et les stratégies utilisées pour la sollicitation des pharmaciens.

4.3.1 Méthodes variées de collecte

Le choix de la méthode pour collecter les médicaments est laissé à la discrétion de chaque groupe. Dans cette étude, les coopérants ont eu recours à cinq méthodes: (1) la sollicitation des milieux professionnels, (2) la sollicitation de l'entourage personnel, (3) la prescription de médicaments en leur nom personnel, (4) l'achat de médicaments en vente libre et (5) l'achat de médicaments à un organisme fournisseur.

La principale méthode pour collecter des médicaments est la sollicitation des milieux professionnels et notamment des pharmacies. L'organisation de la sollicitation des pharmacies diffère d'un groupe à un autre. Pour certains, c'était les responsables de groupe qui sollicitaient les pharmaciens : « C'est nous qui a tout pris en charge les dons. (...) c'est nous deux qui a fait tout le tour au complet [des pharmacies]. (Responsable de groupe #5, L95) ». Tandis que pour le groupe Universitaire, une coopérante est nommée responsable et elle détermine pour chaque coopérant quelles pharmacies il doit solliciter.

La responsable du groupe #8 a expliqué qu'une liste des pharmacies de la région serait transmise au groupe et que chaque étudiante participera à la sollicitation des pharmacies. (Journal de bord, 17 janvier 2017)

La seconde méthode utilisée est la sollicitation de l'entourage personnel. Les coopérants demandent alors à leurs proches des dons de médicaments. Par exemple, une responsable de groupe explique avoir profité de l'occasion d'une fête pour demander à ses invités d'apporter des médicaments qu'ils avaient en trop dans leur pharmacie.

J'ai demandé à tout mon entourage (...) si vous avez de la médication dans votre pharmacie que vous avez pas utilisée dû à un ancien voyage, j'avais écrit « antibiotiques », j'avais donné une grande liste, je pense que j'ai trois personnes qui m'ont amené quelque chose. (Responsable de groupe #1, L218)

Cette méthode soulève un malaise auprès des coopérants lorsque leur proche refuse de prendre part au don. Ce refus est vécu par certains coopérants comme une déception que leurs proches ne partagent pas leur motivation dans leur projet humanitaire : « c'est pas tout le monde qui est si emballé par aider l'Afrique, ça me rassoyait des fois dans ma motivation de chercher. (Coopérant #30, L421) ».

Je me suis juste rendue compte que cette appartenance là au projet c'était moi qui l'avait et non les autres pis j'ai eu aucun don de mon entourage de mes amis, de ma famille non plus. (Coopérant #3, L474)

Cette méthode présente l'inconvénient que les dons peuvent être inappropriés, tels que des médicaments périmés, comme l'illustre cette anecdote relatée par cette coopérante.

Les gens sont pas informés de comment ça fonctionne un don de médicaments donc ça m'est arrivée souvent pis par politesse je le disais pas, mais ma belle-mère qui arrivait avec un restant de pots de pilules "t'apporteras ça ". (petit rire) T'es comme "ok", tu le prends pis tu sais que chez vous tu vas juste le rapporter à ta pharmacie parce que c'est plus bon ces médicaments là, ça vraiment été une problématique. (Coopérant #31, L276)

La troisième méthode de collecte est de se faire prescrire des médicaments au nom personnel des coopérants. Il s'agit ici des coopérants qui, sur leur propre initiative, demandent à leur médecin traitant de leur prescrire les médicaments à leur nom. Certains

coopérants informent leur médecin que ces médicaments serviront à des dons pour leur MMCT, d'autres ne le disent pas. Il faut préciser ici que IISF n'a jamais encouragé cette manière de faire. Néanmoins, cette méthode constitue pour certains la seule façon d'obtenir des antibiotiques, principale classe thérapeutique de la Liste. En effet, une responsable de groupe explique que pour se procurer les médicaments inscrits sur la Liste, elle était obligée d'avoir une prescription et s'est fait prescrire un antibiotique pour lequel elle était allergique. Elle se dit d'ailleurs à l'aise avec cette manière de faire :

Je me fais toujours prescrire deux fois du cipro, je suis allergique au cipro mais je m'en fais prescrire. C'est ironique parce que je l'ai pas dit à la pharmacie que je suis allergique au cipro, mais je le laisse là-bas. C'est ironique hein! (petit rire) Je suis à l'aise avec ça. (Responsable de groupe #1, L585)

Néanmoins, le recours à cette méthode de collecte reflète l'incompréhension des coopérants sur le service de la prescription à usage professionnel offert par IISF.

La quatrième méthode de collecte est l'achat de médicaments en vente libre. Les médicaments achetés étaient surtout l'acétaminophène, l'ibuprofène, les multivitamines, les crèmes anti-inflammatoires et les onguents antibiotiques. À titre d'exemple, une responsable du groupe Universitaire recommande aux coopérants d'acheter en grande surface des médicaments à plus petits prix : « Acheter le format le plus gros et le moins cher. (Journal de bord, 17 janvier 2017) ». Bien que facilement accessible, cette méthode requiert un budget pour l'achat de médicaments : « On a acheté des vitamines au Costco avec de l'argent qu'on avait amassé. (Responsable de groupe #5, L148) ». Or, pour certains coopérants, cet achat est un coût supplémentaire au projet déjà dispendieux pour eux.

La cinquième et dernière méthode de collecte est l'achat de médicaments à un organisme fournisseur. Au Québec, à notre connaissance, il existe deux organismes fournisseurs de médicaments à des fins humanitaires : Collaboration Santé Internationale (CSI) et Health Partner International of Canada (HPIC). Leurs fonctionnements sont distincts, mais pour chacun, il revient aux groupes de déposer une demande de médicaments. Pour le premier organisme, le demandeur sélectionne les médicaments qu'il souhaite avoir sur une fiche et CSI choisit quel médicament et la quantité en fonction des autres demandes reçues. Le prix d'une boîte d'environ 20-23 kg est de 50\$. Le délai pour recevoir les médicaments peut

prendre plusieurs mois. Quant à HPIC, il propose divers « kits » de médicaments prêts à être envoyés dont des kits de santé primaire qui comprend une variété de médicaments essentiels ainsi que des médicaments génériques et de spécialités. Un kit est vendu 650\$ mais une réduction est offerte aux projets étudiants (dont certains groupes de IISF) et le kit revient à 50\$, mais il est alors composé de médicaments dont la date de péremption est plus courte (ils ne sont pas périmés, mais peuvent avoir moins d'une année avant leur péremption). Une fois les médicaments payés, HPIC envoie rapidement les kits par courrier postal. Pour ces deux organismes fournisseurs de médicaments, les démarches sont réalisées entre le groupe et l'organisme et IISF n'est pas informée ni impliquée directement dans ce processus.

Depuis 2016, quatre groupes de IISF ont acheté leurs médicaments à deux organismes et, globalement, il ressort que cette méthode est plus facile, plus simple et moins intimidante que la sollicitation des pharmacies.

C'est extrêmement facilitant, j'ai vraiment trouvé ça facilitant versus d'aller cogner dans les pharmacies de solliciter ça peut être gênant, c'est ... c'est tellement simple l'autre façon de faire (...) tu remplis un document pis deux semaines plus tard ils t'envoient ça par la poste. Ils nous ont envoyé ça par la poste au collègue directement pis on a reçu ça, la facture était pas dedans ils me l'ont envoyée par après par email pis c'est tout c'était pas plus compliqué que ça. (Responsable de groupe #11, L408)

Toutefois, l'analyse des données identifie certaines limites propres à chaque organisme telles que les délais, la confusion des prix et la faible quantité de médicaments par kit. Cette dernière difficulté, mise en lumière dans l'extrait ci-dessous, a eu un impact pour certains groupes qui croyaient avoir acheté suffisamment de médicaments et finalement n'avaient pas la quantité attendue par le partenaire.

J'ai été surprise de voir qu'y a peut-être une ou deux valises leur format était pas vraiment un format équivalent à 23 kg. Même si ils disent 23 kg, la valise était petite. (...) Malheureusement, j'ai trouvé qu'on en avait pas suffisamment. (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017, L13)

4.3.2 Difficultés logistiques et personnelles

La collecte des dons de médicaments est une étape considérée éprouvante par la majorité des responsables de groupe et des coopérants. Des propos des participants, plusieurs

difficultés logistiques et personnelles ont été identifiées: (1) la surcharge de travail, (2) le budget insuffisant, (3) la quantité irréaliste de médicaments exigée par IISF et (4) les malaises lors de la sollicitation des pharmacies.

La première difficulté logistique est la surcharge de travail. Tous les participants mentionnent que cette étape exige beaucoup de temps. Les coopérants dont leur MMCT se déroule en début d'année trouvent cette étape plus ardue. Par exemple, une participante a appris lors de la formation prédépart, en fin septembre, l'exigence d'apporter des dons de médicaments alors qu'ils quittaient pour le Sénégal à la fin décembre.

On a su rien qu'à la fin de semaine préparatoire qu'on avait quatre valises et demi de médicaments à apporter, pis là on a fait « han, wow! ». Là, en plus de la session, nos cours, les stages, j'ai trouvé ça très difficile point de vue énergie à mettre là-dedans. (Responsable de groupe #5, L134)

La collecte des médicaments apparaît comme une charge supplémentaire aux activités personnelles, professionnelles et préparatoires des MMCT. Pareillement, les coopérants étudiants trouvent difficile de concilier la collecte des médicaments avec leurs études et leur famille menant à des irritants : « On était vraiment tanné. (Coopérant #36, L123) » ainsi qu'une sensation de perte de temps lorsque la sollicitation échouait.

C'était plus comme si « ok faut que je m'occupe de ça aussi » (ton un peu irrité) pis je le fais, pis je le fais, pis ça marche même pas comme je veux je reviens avec des frustrations pis... des fois franchement je me disais « je peux-tu faire autre chose pour me préparer que courailler les pilules parce que ça marche pas là ». (Coopérant #30, L417)

La deuxième difficulté logistique est le budget insuffisant pour acheter les médicaments. Certaines responsables de groupe évoquent la difficulté d'amasser un budget pour acheter les médicaments dans les pharmacies. En effet, certains pharmaciens acceptent de vendre les médicaments à un prix moins cher que le prix de vente. Toutefois, pour les responsables de groupe, ce prix abaissé est encore trop cher.

L'idée c'était de s'en tirer à pas trop cher. Parce que on a beau prendre contact avec des pharmaciens, ils nous font jamais de prix au *cost*. C'est toujours *cost* plus 30 %, donc ça c'est compliqué. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L209)

La troisième difficulté logistique est d'amasser la quantité de médicaments exigée par IISF. Des participants dénoncent que 23 kg de médicaments par valise est difficilement atteignable selon la forme de médicaments, notamment pour les médicaments en poudre, principal format des médicaments pédiatriques fortement demandés par le partenaire.

Les médicaments en suspension c'est une bouteille avec de la poudre dedans, ça pèse pas 23 kg une valise remplie de médicaments en suspension.
(Responsable de groupe #7, L224)

Par exemple, pour le groupe Universitaire, comme ils étaient 28 coopérants, IISF leur demandait d'apporter l'équivalent de 14 valises de 23 kg de médicaments. Obtenir cette quantité en médicaments paraissait inconcevable pour cette responsable de groupe.

On a 22 kg de médicaments sur 121 kg qu'on devrait avoir. Y manque 100 kg. (...) Donc 28 personnes, 26 valises humanitaires, ça prend 14 valises de médicaments (...) Moi j'ai expliqué [au président de IISF], c'est inconcevable d'avoir la moitié d'une valise de médicaments, c'est inconcevable, ça n'a pas de bon sens. (Responsable de groupe #9, L432)

La quatrième difficulté est d'ordre personnel et concerne les malaises ressentis par les coopérants lors de la collecte. Aux dires des participants, l'expérience de la sollicitation des pharmacies provoque divers malaises pour eux tels que de la gêne, d'essuyer des refus, d'être questionnés sur la légalité des dons de médicaments, et, enfin, de se faire offrir des médicaments périmés. Le premier malaise est l'embarras à solliciter les pharmacies qui s'est illustré d'abord par l'impression de « quémander ».

Je trouve ça dur aussi avoir à quémander les gens « peux-tu me donner ... »
(Coopérant #3, L454)
Roxane : est-ce qu'il y en a eu d'autres qui ont eu l'impression de quémander?
Groupe : un peu!

Bien qu'ils présentent aux pharmaciens divers documents de IISF pour expliciter le caractère humanitaire de leur projet, des coopérants ont l'impression de devoir « vendre » leur projet aux pharmaciens avec un argumentaire préparé : « C'est sûr qu'il faut qu'on arrive avec des arguments béton qu'ils puissent donner pis que ce soit avantageux aussi pour eux. (Coopérant #32, L474) » et devoir prouver la véracité de leurs propos.

J'avais comme l'impression que comme s'ils ne croyaient pas au projet ou qu'ils avaient vraiment une grande réserve sur la véracité donc on dirait que je me sentais obligée de donner encore plus de preuves. (Coopérant #3, L163)

Tous les coopérants affirment avoir essuyé de nombreux refus de la part des pharmaciens. Les raisons évoquées par ces derniers sont la préférence pour aider d'abord au Québec, le manque de plus-value financière et les contraintes budgétaires. À certaines occasions, les coopérants sont étonnés des réponses des pharmaciens dont voici quelques exemples relatés par les responsables de groupe : « On en a besoin au Québec, on commencera pas à donner ailleurs. (Responsable de groupe #5, L110) », « On a plein d'itinérants à Montréal, comment ça tu vas pas aider eux-autres? (Responsable de groupe #1, L214) », « Adressez-vous directement au Ministre de la santé! (Responsable de groupe #6, L191) ». Essuyer les refus des pharmaciens contribue à un sentiment de découragement chez les coopérants compte tenu du temps investi dans ces démarches : « ça été plate de savoir qu'on avait toutes ces valises à remplir de médicaments puis qu'on a fait des efforts qui ont donné rien. (Coopérant #8, L187) ».

De plus, certains pharmaciens demandent à recevoir une prescription à usage professionnel pour pouvoir faire leur don et les coopérants se sentent pris au dépourvu ne sachant pas quoi leur répondre.

Ça m'a pris un peu au dépourvu (...) j'ai été comme un peu déboussolée puis je me suis sentie comme si j'avais pas été assez préparée alors que j'avais tous les papiers nécessaires et que j'avais vraiment fait des recherches. (Coopérante #3, L158)

Enfin, certains pharmaciens questionnent les coopérants sur la légalité des dons de médicaments. Ce doute suscite des malaises tant chez des pharmaciens que chez des coopérants. Par exemple, un pharmacien a refusé de recevoir un reçu aux fins d'impôts et a souhaité garder l'anonymat par crainte d'être « illégal » pour son ordre professionnel.

Le pharmacien propriétaire disait qu'il voulait pas de reçu aux fins d'impôts, qu'il voulait pas être associé à ça, il voulait faire ça un peu de façon incognito parce que il ne savait pas selon l'ordre des pharmaciens si c'était vraiment tout légal étant donné qu'y avait pas de prescription. Je lui ai dit qu'on pouvait lui fournir une prescription s'il préférait mais il disait "non

non je veux juste te donner ça pis on n'en parle plus, dis le pas trop fort que c'est moi qui te l'a donné, mets pas mon nom nulle part". (Coopérant #7, L128)

Afin de pallier à ces difficultés, les participants utilisent des stratégies de sollicitation.

4.3.3 Stratégies utilisées lors de la collecte

Les coopérants ont eu recours à trois principales stratégies pour faciliter la sollicitation des pharmaciens : (1) bien présenter le projet, (2) remettre les outils de IISF et (3) faire un suivi après le retour.

Premièrement, afin de bien présenter le projet aux pharmaciens, les coopérants se rendent en personne dans les pharmacies, s'identifient à IISF avec des objets promotionnels et expliquent le contexte humanitaire du projet. Selon les participants, ces moyens rendent le projet plus crédible. Deuxièmement, la plupart des coopérants utilisent les outils proposés par IISF tels que les documents de IISF préremplis pour faciliter autant que possible la tâche administrative du pharmacien pour sa donation et sa réception du reçu aux fins d'impôts. La troisième stratégie est de faire un suivi auprès des donateurs pour les remercier. Selon les participants, ce geste est une manière de montrer son honnêteté dans le don reçu et contribue à la bonne réputation du projet pour les sollicitations futures : « Au moins y a eu un suivi de dire "oui on est honnête". Pis d'années en années, je pense qu'on est connu, puis l'ouverture est plus facile (Responsable de groupe #9, L673) ». Dans le même sens, une coopérante a pris une photo de la donation au Sénégal pour la remettre au donateur dans le but de le remercier de sa générosité et en espérant que cela pourrait avoir par la suite une retombée positive pour lui.

J'aimerais prendre une photo [du don] avec moi, le logo [de sa pharmacie] pis les gens de la pharmacie [du Poste de santé] pour l'encadrer en revenant puis écrire « merci d'avoir soutenu le Poste de santé ». Je me dis que si indirectement il affiche ça dans sa salle d'attente et (...) si ça fidélise la clientèle (...) n'importe quel effet positif que ça peut avoir, je me dis que c'est une petite chose que je peux faire ici pour lui redonner la générosité que y a eu. (Coopérant #29, L574)

4.3.4 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Collecte des dons de médicaments.

Tableau 4.3

Synthèse de l'étape Collecte des dons de médicaments

Type de méthodes	Forces	Lacunes
Solliciter l'entourage personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les proches sur les dons 	<ul style="list-style-type: none"> • Déception lors des refus • Médicaments inappropriés
Se faire prescrire des médicaments en leur nom personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments appropriés • Non dispendieux pour le coopérant 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode non encouragée par IISF
Acheter des médicaments en vente libre	<ul style="list-style-type: none"> • Accessible pour le coopérant 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget nécessaire
Acheter à un organisme fournisseur de médicaments humanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche plus facile 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'informations sur ces organismes
Sollicitation des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments appropriés • Efficacité lorsque le pharmacien est ouvert • Stratégies nécessaires pour convaincre le pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail • Budget insuffisant pour l'achat • Quantité irréaliste exigée par IISF • Malaises variés

4.4 Sélection

La quatrième étape est la sélection des médicaments par les coopérants. En s'appuyant sur les Principes directeurs de l'OMS, IISF demande à ses coopérants de collecter que des médicaments inscrits sur la Liste, que la date de conservation ait un délai d'au moins un an avant la péremption, de ne pas apporter d'échantillons commerciaux et que l'étiquette soit écrite en langue française. Il ressort des résultats que les médicaments sélectionnés par les groupes respectent plus ou moins ces critères.

4.4.1 Caractéristiques des médicaments apportés par les groupes de IISF

Entre janvier 2017 et juin 2018, sept groupes de IISF ont réalisé une MMCT au Poste de santé et ont remis des dons de médicaments au partenaire. La compilation de leurs inventaires a servi à l'analyse de leurs dons. Pour l'ensemble de ces groupes, un total de

163 723 unités¹ de médicaments répartis en 60 dénominations communes internationales (DCI) sous différentes formes (comprimés, suspension, onguent, etc.). La quasi-totalité des médicaments sont sous la forme de comprimés (99 %). Comme présenté au tableau 4.4, les DCI les plus fréquentes pour les médicaments en comprimés sont l'acétaminophène (19 %), les multivitamines (14 %) et le sulfate ferreux (9 %). Peu de médicaments en suspension, principalement destinés aux enfants, sont remis en dons, ceux-ci représentant environ 0,4 % de l'ensemble des dons. Les trois principales DCI des médicaments en suspension sont l'acétaminophène, l'amoxicilline et le métronidazole.

Tableau 4.4

Les 15 DCI les plus fréquentes remis entre janvier 2017 et juin 2018

Rang	DCI	%
1	Acétaminophène	19 %
2	Multivitamines	14 %
3	Sulfate ferreux	9 %
4	Ibuprofène	7 %
5	Métronidazole	6 %
6	Co-trimoxazole	6 %
7	Amoxicilline	4 %
8	ASA	4 %
9	Érythromicine	4 %
10	Ciprofloxacine	3 %
11	Mebendazole	3 %
12	Furosémide	2 %
13	Vitamine C	2 %
14	Atenolol	2 %
15	Cloxacilline	2 %

Les coopérants disent accorder de l'importance au respect de la Liste. Néanmoins, tous les groupes ont apporté des médicaments non-inscrits sur la Liste. Les raisons sont diverses, soit il s'agit de médicaments personnels remis en dons, soit de médicaments remis par l'organisme fournisseur. Au total, 24 DCI non-inscrites sur la Liste ont été remises au

¹ Le calcul des unités s'est fait en additionnant le nombre de comprimés par contenant, le nombre de bouteilles en suspension (une bouteille = 1 unité), le nombre de tube (1 tube = 1 unité), etc. Bien qu'inexact dans les équivalences, ce calcul illustre un ordre de grandeur de la quantité de médicaments remis en dons par les coopérants au partenaire de IISF au Sénégal.

Poste de santé. Comme indiqué au tableau suivant, les groupes ayant acheté leurs médicaments auprès d'un organisme fournisseur ont apporté davantage de DCI non-inscrites sur la Liste que ceux ayant sollicité les pharmaciens.

Tableau 4.5

Médicaments non-inscrites sur la Liste remis entre janvier 2017 et juin 2018

Méthodes de collecte	DCI
Sollicitation aux pharmaciens	
Groupe A	Corticoïdes
Groupe C	Citalopram Diclofenac
Groupe D	Diphenhydramine
Achat à un organisme fournisseur	
Groupe B	ASA Furosémide
Groupe E	Carbamazépine Lidocaïne Lansoprazole
Groupe F	Lidocaïne Esomeprazole Hydrocortisone
Groupe G	ASA Atenolol Dimenhydrinate Cefuroxime Metoprolol Cetirizine Hydrochlorthiazide

La date de péremption est également un critère important à respecter pour les coopérants. Tous mentionnent vérifier et s'assurer que leurs médicaments ne sont pas périmés. Par contre, les groupes Universitaire et Collégial ont apporté quelques médicaments périmés provenant surtout de médicaments personnels d'anciens coopérants. Ces médicaments n'étaient pas inscrits sur leur inventaire.

Enfin, concernant les échantillons commerciaux, la consigne de IISF dit clairement qu'ils ne sont pas acceptés. Les inventaires analysés ne permettent pas de savoir si les médicaments collectés sont des échantillons ou non. Néanmoins, il a été observé que le

groupe Universitaire a apporté deux boîtes d'échantillons de Citalopram®, un antidépresseur non-inscrit sur la Liste, avec la mention « échantillon » inscrite sur la boîte.

4.4.2 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Sélection des dons de médicaments.

Tableau 4.6

Synthèse de l'étape Sélection des dons de médicaments

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Critères respectés pour la majorité des dons de médicaments : être inscrits sur la Liste, date de péremption, dans l'emballage d'origine, étiquette en langue française, sans échantillon 	<ul style="list-style-type: none"> • Critères non respectés pour quelques dons de médicaments : non-inscrits sur la Liste, médicaments périmés, médicaments personnels, échantillons.

4.5 Préparation et transport

La cinquième étape est la préparation et le transport des dons de médicaments par les coopérants. L'analyse des données fait ressortir deux thèmes caractérisant cette étape : la maximisation des valises de médicaments et leur sécurisation durant le transport.

4.5.1 Maximisation des valises de médicaments

Lors de la préparation des valises de médicaments, les coopérants retirent les suremballages, disposent les médicaments sur des tables et les distribuent dans les valises. La figure 13 illustre le groupe Collégial préparant les dons de médicaments.



Figure 13 : Préparation des valises de don de médicaments

Pour optimiser l'espace dans les valises, les coopérants emploient diverses stratégies par exemple en plaçant les médicaments « comme un Tetris ».

Ça vraiment été le plus possible remplir les valises le plus plus possible (...) ça été juste de dire « il faut tout amener les médicaments, il faut tout que ça rentre ». (...) on a vraiment comblé toutes les pochettes sur le dessus pis on a joué au Tetris. (Responsable de groupe #11, L156)

De même, certains groupes retirent les suremballages des médicaments, mais conservent les contenants d'origine scellés. Toutefois, il a été observé que le groupe Universitaire a apporté des vitamines prénatales en vrac mises dans un sachet de plastique identifié par la plaquette d'origine (voir la figure 14).



Figure 14 : Sachet de vitamines prénatales en vrac remis en don

Enfin, certains coopérants disposent volontairement les médicaments dans différentes valises mélangées avec du matériel humanitaire et distribuent les différentes classes de médicaments dans plusieurs valises. Ces stratégies sont des moyens d'éviter de perdre toute une valise de médicaments ou toute une classe de médicaments.

4.5.2 Sécurisation des valises de médicaments

Le transport des dons de médicaments apparaît pour les participants comme une étape risquée notamment pour la confiscation, la perte ou le vol. Les coopérants appliquent différents moyens pour renforcer la sécurité du transport des valises, notamment (1) avoir des copies de l'inventaire (2) identifier les valises et (3) surveiller étroitement les valises.

Premièrement, faire des copies de l'inventaire des dons de médicaments est un moyen pour les coopérants de savoir précisément le contenu des valises humanitaires. Ils mentionnent qu'il est important d'avoir sur eux plusieurs copies de l'inventaire lors du transport dans l'éventualité d'être interrogés par les douaniers. Cet inventaire apparaît aussi comme un moyen d'officialiser le don. Par exemple, une responsable de groupe a fait signer et estampiller son inventaire avec le sceau officiel de son institution d'enseignement. Cette officialisation de l'inventaire apparaît pour elle comme une sureté légale.

[Si je me fais poser des questions aux douanes] j'ai mes feuilles [inventaires], je suis barricadée par en arrière. Je suis légale pour tous les côtés. (Responsable de groupe #1, L476)

Un autre moyen de sécurisation des valises est leur identification par différents codes. Par exemple, le groupe Universitaire utilise cinq codes: (a) une étiquette portant les coordonnées du coopérant, (b) un ruban rouge indiquant qu'il s'agit d'une valise du groupe, (c) une étiquette numérotée associée à l'inventaire, (d) un cordon bleu afin qu'elles soient facilement reconnaissables à l'aéroport et (e) des colliers de serrage sur toutes les ouvertures pour savoir « si ça été ouvert ». Selon les participants, les valises doivent être sécurisées car leur contenu a une valeur considérable : « On sait qu'à l'aéroport on fait attention à cette valise-là, elle est précieuse. (Responsable de groupe #9, L414) ». À la figure 15, on remarque les différents codes utilisés par le groupe Universitaire.

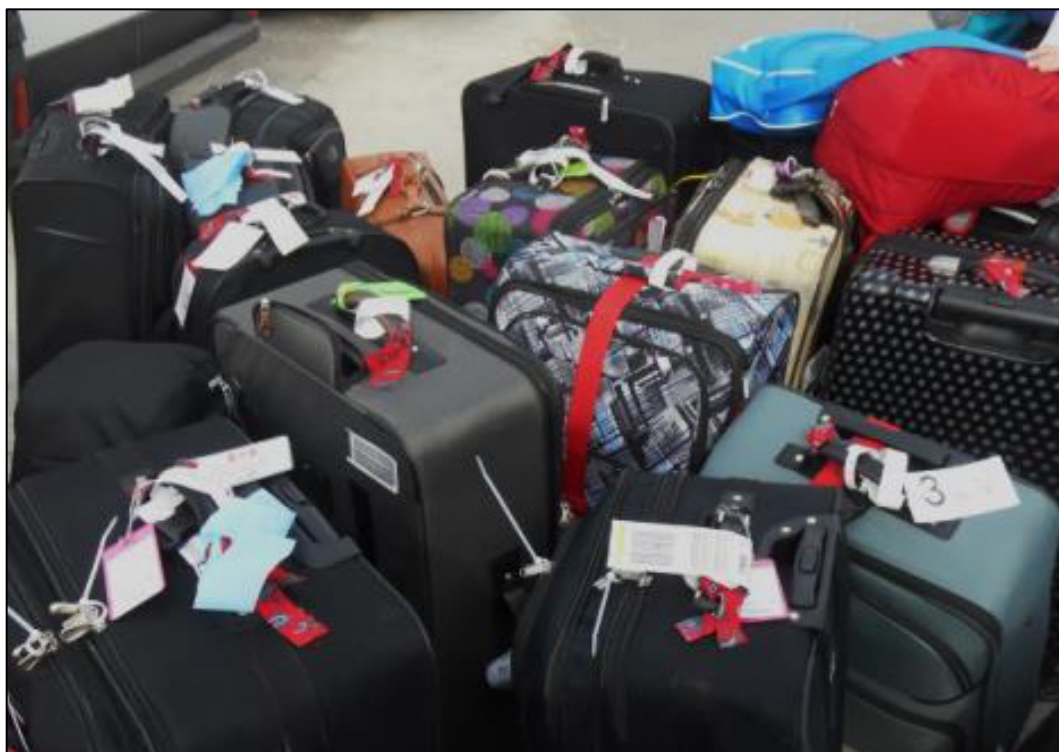


Figure 15 : Valises humanitaires avec des codes d'identification

Pour sécuriser le transport des valises de l'aéroport jusqu'à l'arrivée au Poste de santé, les groupes les surveillent étroitement. Cette surveillance étant similaire parmi les trois groupes observés, le groupe Universitaire sert ici d'exemple pour la description.

À l'aéroport de Dakar, les coopérants reçoivent la consigne de sortir tous ensemble. Le coordonnateur local les attend à l'extérieur et les dirige vers un stationnement non accessible à la population et surveillé par des gardes de sécurité. Dans le stationnement, la responsable du groupe décompte les valises et, comme illustré à la figure 16, les regroupent en demandant aux coopérants de se placer autour.



Figure 16: Sécurisation des valises humanitaires à l'aéroport de Dakar

À l'hôtel, les valises humanitaires sont recomptées puis placées dans une pièce fermée à clé par la responsable du groupe. Le matin du départ vers le village, les valises sont recomptées puis montées sur le toit de l'autobus sous la surveillance des coopérants. Arrivés au Poste de santé, tel qu'illustré par la figure 17, les coopérants se chargent de les descendre et les amener dans la salle d'attente du Poste. Le personnel du Poste demande à la population de rester éloigné de l'autobus le temps du déchargement. Toutes les valises sont ensuite regroupées dans la salle d'attente, décomptées et mises sous la surveillance visuelle du gardien pendant que le groupe s'installe (voir figure 18). Pour l'occasion, la communauté n'est pas acceptée dans la salle d'attente. Après l'installation des coopérants, les valises sont déplacées dans une pièce fermée à clé jusqu'à la donation. Ces différents moyens de sécurisation illustrent la valeur qu'elle revêt aux yeux des participants.



Figure 17: Sécurisation des valises à l'arrivée au Poste de santé



Figure 18: Sécurisation des valises dans la salle d'attente du Poste de santé

4.5.3 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Préparation et transport des dons de médicaments.

Tableau 4.7

Synthèse de l'étape Préparation et transport des dons de médicaments

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Maximisation de la quantité de médicaments • Séparation des médicaments • Avoir copie de l'inventaire • Identification des valises avec des codes • Surveillance étroite durant le transport 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments emballés en vrac

4.6 Contrôles prédonations

La sixième étape est le moment où s'effectuent les contrôles prédonations. Selon les participants, le contrôle des dons de médicaments est inexistant à la fois par IISF et par les autorités sénégalaises.

4.6.1 Contrôle inexistant par IISF

Selon la procédure attendue par IISF, au moins un mois avant leur départ, le responsable de groupe doit acheminer l'inventaire des dons de médicaments au Coordonnateur des projets internationaux. Cet inventaire doit être transmis à l'infirmier-chef de Poste pour obtenir sa validation, après quoi, le Coordonnateur remet au responsable du groupe une lettre pour faciliter le passage des dons aux douanes. Suite à l'analyse des données, il apparaît que cette procédure est mal comprise par les participants. En effet, les inventaires reçus dans le contexte de cette étude ne répondent pas aux exigences de IISF, comme dans cet exemple où le président de IISF exprime son malaise dans un courriel officiel adressé au partenaire.

Bonjour,

Je constate que l'équipe N'A PAS SUIVI le modèle proposé par IISF. Malheureusement leur fichier Word ne permet pas;

- Identifier le nom générique (DNI) du nom commercial
- Le format exact (tubes de combien de grammes?)
- Ni les dates d'expirations

Pour ma part je tiens à vous préciser qu'au nom de IISF nous n'appuyons nullement ce processus, car les documents que vous avez reçus ne vous

permettent pas de juger adéquatement de leur acceptabilité sur votre territoire.

Soyez tout à fait à l'aise de suivre la procédure recommandée. Si vous refusez un médicament, le groupe à la responsabilité de le rapporter au Canada et s'assurer de sa destruction selon les normes en vigueur au Canada.

De notre côté, je constate qu'il faudra une fois de plus se pencher sur ce processus de dons de médicament qui semble être incompris des groupes. J'alerte notre équipe afin de trouver des solutions une fois pour toutes!

Merci de votre compréhension,
Président IISF

Cet exemple est unique car peu de groupes ont transmis leur inventaire à IISF et lorsque cela a été fait, le Coordonnateur aux projets internationaux ne les a pas transférés à l'infirmier-chef. La procédure attendue de IISF n'est donc pas respectée, et ce, à plusieurs niveaux. L'extrait ci-dessous illustre la déception du Président de l'organisme à cet effet.

On se fait croire qu'on a une procédure que personne ne suit. Moi je trouve qu'on a l'air fou par rapport au partenaire quand on fait croire qu'on suit une procédure qu'on ne suit pas personne. (...) Je constate que c'est un échec. Si c'est un échec, y a-t-il des solutions réelles ou laissons tomber au lieu de se faire à croire qu'on suit des procédures internationales alors qu'on ne les suit pas partout. En tout cas, ça celui-là c'est zéro. (Président IISF, L41)

Par conséquent, aucun administrateur n'est informé des dons. Comme l'explique le trésorier de IISF, il semble y avoir un vide logistique pour cette étape de la trajectoire.

Je pense qu'on n'a pas vraiment de contrôle, ils amènent qu'est-ce qui veulent ce monde-là, moi j'ai aucune idée de qu'est-ce qui se trouve dans les valises. Je sais qu'on a des lignes directives [sic] par exemple sur qu'est-ce qui peuvent amener là-bas pis tout mais y a pas comme un, y a pas un genre de de vide logistique. (Trésorier IISF, L492)

Ce vide logistique s'est d'ailleurs illustré au printemps 2018 lorsqu'une responsable de groupe a inclut par hasard la secrétaire générale dans ses démarches de sollicitation auprès d'un organisme fournisseur. Il s'est avéré que ce groupe ait apporté une quantité importante de médicaments alors qu'ils séjournèrent que cinq jours au Poste de santé et ne

faisaient pas de consultations médicales ni de prescriptions. Les notes du journal de bord illustrent cet étonnement et le constat de cette absence de contrôle par IISF.

J'ai été par hasard incluse dans les échanges courriel entre la responsable d'un groupe et une représentante d'un organisme fournisseur de médicaments. Elle m'avait mis comme « personne responsable à IISF ». Je réalise que si je n'avais pas été dans la boucle de l'échange de courriel, IISF n'aurait rien su de cet important don de médicaments! (Journal de bord, 16 mai 2018)

Lors d'une discussion avec le président de IISF, on parlait du groupe qui est allé au Sénégal en juin passé et quand je lui ai dit qu'ils avaient remis beaucoup de dons de médicaments au Poste de santé alors qu'ils étaient là pour 5 jours, il m'a dit « comment ça se fait que toi tu sais ça? » dans le sens qu'il n'était pas au courant et quand je lui ai dit que c'était avec le projet de recherche, que j'avais invité la responsable de groupe à participer à un entretien après son retour, il m'a dit ce que j'avais déjà constaté, que « ce n'est pas normal que nous, en tant que directeurs, qu'on ne soit pas au courant des dons de médicaments et des quantités ». (Journal de bord, 25 septembre 2018)

Questionnés sur le manque de contrôles prédonations par IISF, des administrateurs considèrent que IISF fait sa part en remettant la Liste aux coopérants, que ces derniers sont responsables de la respecter et que l'organisme doit leur faire confiance : « Rendu là, je pense qu'on a donné ce qu'on avait à donner au meilleur de nous-mêmes pis après ça, ça appartient au groupe de suivre la Liste (Coordonnatrice siège social IISF, L46) », « C'est vrai qu'on ne sait pas [le contenu des dons]... mais il faut se faire confiance à un moment donné-là. (Médecin-conseil IISF, L173) ». D'un autre point de vue, les administrateurs expriment leur préoccupation de ce manque de contrôle.

Oui on leur fournit une Liste mais est-ce qu'on a le contrôle vraiment sur ce qu'ils apportent? Y peuvent bien décider d'apporter autre chose qui fait pas partie de la Liste. (Coordonnatrice siège social IISF, L43)

Je me sens mal et je trouve qu'on a une vraie responsabilité comme organisme, c'est que actuellement la façon dont on travaille, on a aucune provenance, on a aucun, on sait pas qu'est-ce qui est envoyé, qu'est-ce que les coopérants amènent. (Trésorier IISF, L506)

Ces lacunes renforcent la nécessité d'une surveillance par les autorités sénégalaises. Or, celle-ci apparaît aussi inexistante.

4.6.2 Contrôle inexistant par les autorités sénégalaises

Au Sénégal, les dons de médicaments doivent avoir un visa d'importation, être contrôlés par les douaniers puis par les autorités compétentes aux niveaux national (PNA et DPM), régional (PRA) et local (médecin-chef de district). Suite à l'analyse des données, l'expérience des participants pour cette étape se décrit par les thèmes de la crainte des contrôles sénégalais et l'absence de contrôles.

Selon les participants, le passage aux douanes sénégalaises à l'aéroport de Dakar est une étape redoutée. « Ne rien dire d'emblée » semble être une mesure répandue notamment pour éviter de se faire confisquer des dons. Par exemple, une responsable de groupe demande à ses étudiants de ne rien déclarer s'ils ne se font pas poser de questions.

Je suis un tombeau égyptien, je suis super préparée à me faire poser des questions, mais d'emblée je ne déclare rien, jamais jamais. Je sais pas si je fais la bonne affaire, jamais je dis à mes étudiants de dire « allo, on est des bénévoles on a du matériel ». Vous dites rien, on voyage comme touristes, on a deux valises, si on se fait pas poser de questions, on dit rien. (Responsable de groupe #1, L476)

La majorité des coopérants n'ont pas été contrôlés par les douaniers, certains s'étonnant même de la facilité du passage à la douane : « Vraiment, moi j'ai été étonnée de voir avec quelle facilité qu'on avait voyagé. (Responsable de groupe #5, L215) ». Ensuite, les dons devraient être contrôlés par les autorités nationales et régionales. Le président de IISF explique n'avoir jamais observé un tel contrôle lors de ses nombreux séjours au pays. Dans le même sens, la Pharmacienne responsable de la PRA explique que ces dons sont difficilement contrôlables parce que les autorités n'en sont pas informées : « Ce sont ces petits dons que nous ne pouvons pas contrôler parce que nous n'avons aucune information par rapport à ces dons. (L201) ».

4.6.3 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Contrôles prédonations des dons de médicaments.

Tableau 4.8

Synthèse de l'étape Contrôles prédonations des dons de médicaments

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Procédure existante pour la vérification des dons par IISF • Normes sénégalaises existantes pour l'importation des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Vide logistique pour la procédure de vérification des dons par IISF • Absence de contrôle par les autorités sénégalaises

Pendant les MMCT

Pendant la réalisation des MMCT de IISF au Sénégal, les étapes des trajectoires des dons de médicaments sont la donation, la prescription, l'enseignement et l'utilisation de la médication par les patients.

4.7 Donation

La septième étape des trajectoires est la donation des médicaments au partenaire. Suite à l'analyse des données pour cette étape, deux thèmes ont émergé : (1) la remise et l'officialisation du don ainsi que (2) la satisfaction et la déception de la donation.

4.7.1 Remise et officialisation du don

Selon la procédure attendue par IISF, la remise des dons doit être officielle et transparente, c'est-à-dire en présence du responsable du groupe, des coopérants, de l'infirmier-chef de Poste, du dépositaire de la pharmacie du Poste ainsi que le Président et le trésorier du Comité de santé ou leurs représentants. Les résultats montrent que la donation est souvent, mais pas systématiquement, officielle.

Le caractère protocolaire de la donation est similaire pour les trois groupes observés : (1) les dons sont exposés dans une pièce du Poste de santé, (2) à l'arrivée des représentants du Comité de santé, il y a un échange de salutations protocolaires, (3) ces derniers procèdent à un constat visuel, (4) l'infirmier-chef de Poste anime et donne le droit de parole pour énoncer des discours, (5) enfin, des photos officielles sont prises pour assurer la transparence de l'événement. D'ailleurs, comme on le voit sur la figure 19, les coopérants portent leur t-shirt de IISF et les représentants du Comité de santé portent un vêtement approprié aux occasions spéciales (boubou) soulignant le caractère formel de la donation. La durée de cet événement est d'environ une quinzaine de minutes.



Figure 19: Prise de photo officielle lors de la donation

Le caractère officiel de la donation se ressent également dans les discours étoffés de remerciements et exprimés sur des tons positifs et gratifiants, et ce, tant par les responsables locaux que par les responsables de groupes. Afin d'illustrer leur solennité, voici des extraits du discours lors de la donation du groupe Universitaire.

Infirmier-chef de Poste : [le Président du Comité de santé] a commencé par vous saluer et aussi vous remercier parce que il dit que vraiment ce que vous avez emporté ici, c'est pour toute la communauté parce que toute la communauté va en bénéficier, que ce soit le matériel, les médicaments vraiment tout ce qui est là, donc c'est des choses que la communauté va en bénéficier c'est grâce à vous. (...) il reconnaît l'effort que nous faisons au niveau du Poste de santé malgré les moyens qui ne sont pas énormes et c'est par rapport à cela qu'il vous remercie et vous salue le travail qui est fait au niveau du Poste et la collaboration qui existe entre IISF et le Poste de santé parce qu'il y a beaucoup d'améliorations au niveau du Poste. (...) Il dit que vraiment ils sont reconnaissants, toute la communauté, par rapport à l'effort que vous avez fait pour venir jusque ici malgré la chaleur, surtout il a parlé de la chaleur, il sait que vraiment vous n'êtes pas habitués, donc là il s'excuse pour dire que vraiment on demande pardon pour vraiment la peine qu'on vous a causé avec la chaleur. Mais vous avez osé, vous avez vraiment la volonté uniquement pour faire des gestes humanitaires donc c'est

vraiment des choses qui touchent tout le monde au cœur parce que c'est pas tout le monde qui peut participer dans une mission comme ça surtout dans des différences de température entre deux pays-là. Vraiment il dit que vraiment on est très conscient par rapport à cela de l'effort qui est fourni et il félicite les dirigeants IISF et aussi les étudiants. (...)

Responsable de groupe #10 : au nom du personnel de IISF, avec en association l'Université, c'est avec un grand plaisir qu'on est ici pour faire une partie de l'aide pour subvenir aux besoins du Poste de santé. Mais il faut comprendre que nous on apprend beaucoup plus en venant ici. C'est un peu biaisé de dire qu'on s'en vient vous aider, on vient apprendre plus que vous aider. C'est ça, si nos contributions matérielles et la contribution en médicaments peuvent aider votre population, c'est notre but premier. Notre but premier c'est de soigner des patients dans les meilleures conditions possibles, si notre contribution peut aider à le faire, on est content de le faire. (...) Les étudiants sont vraiment choyés d'être ici, ils sont contents d'être ici et on va continuer cette belle collaboration que nous avons entre les différents organismes et qu'elle se poursuive pour encore plusieurs années, c'est à nous de vous remercier pour nous accueillir dans votre si beau pays même s'il fait chaud! (9 mai 2017)

Les résultats illustrent ainsi les différents codes employés par les participants pour donner un caractère officiel et protocolaire à l'étape de la donation. L'importance de cette étape de la trajectoire se révèle aussi par les sentiments de satisfaction et de déception ressentis.

4.7.2 Satisfaction et déception de la donation

Il ressort de l'analyse des données que la donation est un moment suscitant des sentiments de satisfaction et de déception chez les participants. Parmi l'ensemble des expériences de donation relatées par les responsables de groupe (plus d'une dizaine), deux se démarquent pour avoir été vécue comme une « expérience décevante ». Il s'agit des MMCT qui se sont déroulées à l'automne 2015 et à l'hiver 2016, période où les dons de médicaments n'étaient pas spécifiquement demandés aux coopérants et où le complément monétaire pour compenser la quantité insuffisante de médicaments n'était pas encore établi. Pour les MMCT qui se sont déroulées en 2017 et 2018, les participants se disent globalement satisfaits de leur expérience de donation. Toutefois, certains ont exprimé avoir une pointe de déception notamment lorsque le déroulement n'était pas assez protocolaire.

D'abord, le déroulement protocolaire est perçu comme une forme de reconnaissance et revêt une importance particulière. Cette responsable de groupe exprime son appréciation de la donation dans un cadre protocolaire et cérémonial.

J'ai aimé qu'ils aient accordé un temps spécial et une importance particulière à ça [la remise des dons], ça nous a aidés à triper de ce moment-là, plutôt que de dire « merci beaucoup » et de les laisser dans le *backstore*, mais d'en faire un événement de remise de dons officiels ça l'a ajouté une plus-value à cette activité-là. (Responsable de groupe #11, L443)

Dans le même sens, un cadre insuffisamment protocolaire et cérémonial donne lieu à des sentiments de déception. Par exemple, la donation du groupe Universitaire s'est effectuée en catimini avec une responsable du groupe, une coopérante et les représentants du Comité de santé. Lorsqu'une des responsables de groupe l'a appris par après, elle a partagé sa déception : « On n'a même pas fait de donation avec le groupe (ton triste et irrité) (journal de bord, responsable de groupe #7, 27 mai 2017) ». D'autres responsables de groupe expriment également leur déception face au manque de cérémonie lors de la donation : « Y a rien eu d'officiel (Responsable de groupe #, L305) », « Y a ramassé le sac pis ça s'est arrêté là, une poignée pis merci (Responsable de groupe #1, L349) », « Ca pas été wow... ça c'est pas fait officiellement (Responsable de groupe #2, 10 février 2017, L358) ». L'importance du caractère cérémonial s'illustre aussi par cet exemple où un groupe a été pris de court devant remettre leurs dons immédiatement après leur arrivée. Ce moment étant mal choisi, le groupe ne peut profiter de ce moment comme il l'espérait.

[L'infirmier-chef] voulait avoir la médication tout de suite. (...) On a été surprise effectivement, on l'a fait là, mais on était brûlées, parce qu'après il fallait aller installer les tentes, le souper. Je pense que c'est pas le moment approprié, on est pas très disposées quand on arrive. (...) C'était pas le bon moment pour nous. (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017, L73)

Une dernière source de déception pour certaines responsables de groupe est l'absence d'accusé de réception des dons remis. En effet, bien que ce soit demandé par IISF, aucun groupe n'a demandé ni n'a reçu d'accusé de réception. Dans les documents et discours de IISF « l'accusé de réception » est un tableau type inventaire qui doit normalement être remplis par le responsable du groupe, remis à l'infirmier-chef de poste lors de la donation

et signé par ce dernier après avoir constaté et décompté les médicaments. Cette lacune a particulièrement étonné cette participante.

Étonnamment je m'attendais à ce que quand je donnais mes valises, les feuilles que j'avais complétées, j'avais le document de IISF, y a un endroit où celui qui reçoit le don de valise doit signer, ça n'a pas été fait. Personne en a parlé, j'avais gardé mes feuilles en pensant que quelqu'un un moment donné signerait « ok j'ai bien reçu cette valise-là ». Mais ça, ça pas été fait. (Responsable de groupe #1, L310)

4.7.3 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Donation.

Tableau 4.9

Synthèse de l'étape Donation des dons de médicaments

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Remise à une structure de santé • Donation protocolaire • Donation transparente 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de IISF non respectée • Sources de déception : absence de l'ensemble du groupe lors de la donation, absence de cérémonie, absence d'accusé de réception

4.8 Prescription

La huitième étape est la prescription des médicaments par les coopérants. Pour choisir le traitement pharmacologique, les coopérants se réfèrent principalement au Guide clinique et thérapeutique de Médecins Sans Frontières (MSF, dit après le « Guide ») (MSF, 2016) ainsi qu'aux protocoles nationaux affichés au Poste de santé. Leurs impressions diagnostiques et prescriptions sont validées par un responsable de groupe et par un infirmier du Poste. Afin d'avoir un portrait complet de cette étape des trajectoires, il est apparu pertinent pour le comité de recherche d'analyser les impressions diagnostiques posées par les coopérants et les médicaments qu'ils ont prescrits. Ces résultats permettent de voir dans quelle mesure les médicaments sont, ou pas, alignés avec les besoins exprimés par le partenaire et les dons remis. Cette section présente d'abord la description des patients ayant consulté les trois groupes accompagnés par l'étudiante-chercheuse. Puis, elle approfondie l'initiation des coopérants à leur nouveau rôle de prescripteurs, les difficultés rencontrées et les stratégies utilisées.

4.8.1 Description des patients, des impressions diagnostiques et des médicaments prescrits par les coopérants de IISF

Cette analyse descriptive provient de la compilation des « dossiers » remplis pour chaque patient par les coopérants des groupes Universitaire, Professionnel et Collégial.

Comme décrit au tableau 4.10, ces groupes de participants ont reçu au total 450 patients. De ce nombre, la majorité provient de l'extérieur du village du Poste (87 %). Davantage de femmes (59 %) ont consulté que d'hommes (41 %). Enfin, les consultations concernent surtout les enfants 0-5 ans (53 %) et dans une moindre proportion les adultes (35 %, âge moyen de 42 ans) et les enfants-adolescents (11 %, âge moyen de 10 ans).

Tableau 4.10

Description sociodémographique des patients consultés par les coopérants

Lieu de domicile	Hors village			Village			TOTAL
	F	M	Total	F	M	Total	
Âge \ Sexe							
0-5ans	105	103	208	13	19	32	240 (53 %)
6-17ans	26	17	43	4	4	8	51 (11 %)
18 ans et plus	104	35	139	15	5	20	159 (35 %)
Total femme	235			32			267 (59 %)
Total homme		155			28		183 (41 %)
TOTAL	235	155	390 (87 %)	32	28	60 (13 %)	450

Pour les 450 patients, 689 impressions diagnostiques ont été posées, pour un total de 158 impressions diagnostiques différentes (avec un écart d'une à cinq impressions diagnostiques et avec une moyenne de 1,5 impression diagnostique par patient). Celles-ci ont été regroupées en 31 impressions diagnostiques en fonction de leur fréquence¹. En fonction des groupes d'âge et du sexe, les impressions diagnostiques varient. Celles-ci sont présentées ci-dessous en fonction du sexe et de l'âge moyen des patients.

Chez les 0-5 ans, les coopérants ont posé 26 impressions diagnostiques. Les plus fréquentes sont les parasites intestinaux (13 %), la pneumonie (12 %) et les infections cutanées (11 %). On remarque également que les plus fréquentes sont des maladies infectieuses.

¹ Par exemple, les impressions diagnostiques « Conjonctivite », « Conjonctivite virale », « Conjonctivite bactérienne » ont été regroupées dans « Conjonctivite ».

Tableau 4.11

Les 10 impressions diagnostiques les plus fréquentes chez les 0-5 ans

Rang	Impressions diagnostiques	F	M	Âge moyen (an)	Total	%
1	Parasites intestinaux	32	30	2,3	62	13 %
2	Pneumonie	24	33	1,7	57	12 %
3	Infections cutanées	32	23	2,0	55	11 %
4	Bronchite / bronchiolite	26	24	1,1	50	10 %
5	Rhinite / rhume	15	32	1,4	47	10 %
6	Diarrhée	18	9	1,0	27	6 %
7	Autres IVRS	9	15	2,0	24	5 %
8	Otite	13	10	1,1	23	5 %
9	Dénutrition / déshydratation	9	11	1,4	20	4 %
10	Infections bucco-dentaires	11	5	1,4	16	3 %

Chez les 6-17 ans, les coopérants ont posé 21 différentes impressions diagnostiques. Les plus fréquentes sont les parasites intestinaux (15 %), la bronchite (11%) et les infections cutanées (9 %). Les autres affections comprennent : trouble de la croissance, syndrome infectieux généralisé, sécheresse cutanée et tumeur bénigne au cuir chevelu.

Tableau 4.12

Les 10 impressions diagnostiques les plus fréquentes chez les 6-17 ans

Rang	Impressions diagnostiques	F	M	Âge moyen (an)	Total	%
1	Parasites intestinaux	11	5	9,6	16	15 %
2	Bronchite	5	7	8,5	12	11 %
3	Infections cutanées	5	5	6,9	10	9 %
4	Autres affections	3	6	9,7	9	8 %
5	Autres IVRS	5	2	8,5	7	7 %
6	Pneumonie	3	3	11,5	6	6 %
7	Douleur	5		12,0	5	5 %
8	Lésions cutanées	2	3	10,4	5	5 %
9	Mycose	3	2	7,4	5	5 %
10	Céphalées	4		12,5	4	4 %

Chez les adultes, les coopérants ont posé 28 impressions diagnostiques. Les plus fréquentes sont les douleurs (17 %), l'hypertension artérielle (13 %) et les infections génitales (10 %). On remarque que chez les plus de 45 ans, la majorité des impressions diagnostiques ne sont pas liées à des maladies infectieuses mais à des affections chroniques.

Tableau 4.13

Les 10 impressions diagnostiques les plus fréquentes chez les plus de 18 ans

Rang	Impressions diagnostiques	F	M	Âge moyen (an)	Total	%
1	Douleur	51	16	47	67	17 %
2	Hypertension artérielle	34	17	57	51	13 %
3	Infections génitales	40	0	30	40	10 %
4	Infections urinaires	26	7	46	33	8 %
5	Parasites intestinaux	21	4	35	25	6 %
6	Trouble dyspeptique	18	7	50	25	6 %
7	Céphalées	16	2	30	18	4 %
8	Infections cutanées	13	3	25	16	4 %
9	Lésions cutanées	7	6	41	13	3 %
10	Asthénie	8	5	47	13	3 %

En somme, chez les moins de 18 ans, les deux impressions diagnostiques les plus fréquentes sont les mêmes, soit les parasites intestinaux et les infections respiratoires inférieures (pneumonie, bronchite/bronchiolite), tandis que chez les adultes, la douleur et l'hypertension artérielle sont les plus fréquentes.

Pour l'ensemble des patients, 901 traitements pharmacologiques ont été prescrits avec un écart d'un à neuf médicaments par patient et avec une moyenne de deux médicaments par patient. Au total, 68 DCI ont été distribuées. Les médicaments les plus prescrits, tous âges confondus, sont l'acétaminophène (34 %), l'amoxicilline (8 %) et l'albendazole (7 %). Par ailleurs, 9 % des patients n'ont reçu aucune prescription, ceux-ci étant soit des suivis cliniques sans changements d'ordonnance, soit qu'ils ne nécessitaient pas de médication.

Tableau 4.14

Les 15 médicaments les plus prescrits par les coopérants selon les groupes d'âge

Rang	DCI	0-5 ans	6-17ans	18 ans et plus	Total	%
1	Acétaminophène	188	34	118	340	34 %
2	Amoxicilline	65	12	5	82	8 %
3	Albendazole	44	11	15	70	7 %
4	Multivitamines	18	11	27	56	6 %
5	Ciprofloxacine	4	4	29	37	4 %
6	Métronidazole	7	1	22	30	3 %
7	Ibuprofène	8	2	19	29	3 %
8	Captopril	0	0	21	21	2 %
9	Dexchlorphéniramine	11	3	3	17	2 %
10	Nystatine	12	0	4	16	2 %
11	Sulfate ferreux	4	2	8	14	1 %
12	Mebendazole	5	2	6	13	1 %
13	Miconazole 2%	10	1	0	11	1 %
14	Diclofenac	0	0	11	11	1 %
15	ASA	0	0	10	10	1 %

Enfin, parmi les 901 prescriptions, 861 (96 %) étaient des ordonnances pour la pharmacie du Poste de santé et 40 (4 %) pour la Pharmacie du village, c'est-à-dire que le médicament n'était pas disponible au Poste de santé. De même, par indisponibilité, ce ne sont pas toutes les ordonnances pour le Poste qui ont pu être distribuées aux patients. Dans ces cas, ils devaient les acheter dans une autre pharmacie à l'extérieur du village.

4.8.2 S'initier à un nouveau rôle

Face à leur nouveau rôle de prescripteurs, les participants ressentent de l'insécurité. D'abord, le fait de ne pas être complètement certains de l'impression diagnostique posée met les coopérants dans une position d'incertitude : « T'es pas sûr à 100 % (Coopérant #16, L489) », « Je sais jamais si le diagnostic si c'est le bon (Coopérant #33, L222) », « C'est toujours un peu une supposition (Coopérant #37 : L187) ». Ensuite, pour les responsables de groupe, le poids de leur nouveau rôle se ressent dans la vérification des ordonnances des coopérants. Elles mentionnent devoir constamment être vigilantes pour éviter des erreurs de calculs de posologie : « Leur règle de trois, ils se trompaient encore (Responsable de groupe #7, L447) ». Enfin, lorsque l'infirmier-chef de Poste est remplacé par un infirmier avec moins d'expérience, les responsables de groupe mesurent leur niveau de responsabilité : « [L'infirmier-chef] nous a laissé pratiquement carte blanche, (...) je

savais que j'avais une grande responsabilité. (Responsable de groupe #2, 23 mai 2018, L343) ».

Dès les premiers jours en clinique, les coopérants et les responsables de groupe gagnent en confiance et en autonomie. La répétition des présentations cliniques des patients, et par conséquent des prescriptions, ainsi qu'une plus grande aisance à utiliser les guides thérapeutiques contribuent à qu'ils se sentent plus en confiance dans leur rôle.

Au début on faisait pas de prescription avant que le prof arrive pour être sûr qu'on écrive les bonnes affaires maintenant on commence déjà nos papiers de prescription pis on appelle le superviseur parce qu'on a confiance en notre examen physique, on a confiance en notre diagnostic pis on a confiance aussi dans le traitement qu'on va donner. Je trouve qu'on a vraiment pris confiance (groupe acquiesce). J'ai beaucoup plus confiance qu'au début du stage. (Coopérant #27, L962)

Cette confiance se manifeste aussi dans la décision de ne pas prescrire des médicaments lorsque l'état du patient ne le nécessite pas : « je me permets plus maintenant de moins prescrire. (...) je suis rendue plus à l'aise de dire "non, ton enfant en n'a pas de besoin". (Coopérant #16, L859) ». Le développement de leur confiance et de leur autonomie en tant que prescripteurs éveille un sentiment de fierté, comme l'exprime cette coopérante.

Je me suis sentie bien, j'étais étonnée aussi beaucoup, j'étais fébrile quand on a commencé, je me demandais comment qu'on allait faire et puis je trouve ça plaisant, je trouve ça gratifiant (...) je trouve que ça te donne une petite tape dans le dos de te dire tu as des bonnes connaissances, vas-y, essayes, fais-toi confiance. (Coopérant #35, L246)

La validation des prescriptions par les infirmiers du Poste est une procédure essentielle pour accompagner les coopérants dans ce rôle.

4.8.3 Validation des prescriptions

La validation des impressions diagnostiques et des prescriptions par un responsable de groupe ou un infirmier local est un encadrement apprécié et nécessaire pour les participants. Cette validation est aussi l'occasion pour le personnel du Poste de nuancer certaines interprétations tenues par les coopérants, comme le rappelle l'infirmier-chef de Poste : « Des fois vous quand vous êtes là vous pouvez voir des choses que vous ne

connaissez pas mais si vous ne posez pas la question vous pouvez interpréter mal. (L419)
 »). Cette façon de procéder reconnaît la compétence du personnel du Poste.

Et puis c'est normal, si on est venu dans un milieu où on ne connaît pas il faut avoir des guides pour vous orienter. On n'est pas plus expérimenté que vous mais on connaît notre milieu plus que vous, c'est ça la différence. (Infirmier local, L461)

Pour certains, cette validation s'inscrit dans une pratique professionnelle responsable.

Du moment que j'avais une hésitation c'est sûr que je consultais, je gardais pas cette hésitation-là, je pouvais pas, c'est trop important de connaître le bon dosage le bon médicament à donner (...) Je me gênais pas d'aller voir [une autre responsable de groupe] pis si elle non plus le savait pas, on allait voir [l'infirmier-chef]. On niaise pas avec ça. C'est pas une question de fierté ou d'orgueil c'est une question de donner le bon médicament de la bonne façon. (Responsable de groupe #10, L553)

De manière générale, les coopérants respectent les recommandations émises par les infirmiers du Poste car ils leur font confiance et reconnaissent leurs compétences. Cette coopérante résume bien cette attitude.

Je suis pas assez connaissante en tant que tel des médicaments en profondeur pour qu'on les contredise, si c'est comme ça qu'ils fonctionnent en tant que tel j'arriverai pas ici pis je changerai pas tout c'est impossible, Si c'est la manière de fonctionner, c'est leur protocole à eux (...) je pense qu'on est mieux de s'en tenir à leur protocole à eux que vouloir tout changer. Ils connaissent leur affaire je pense. (Coopérant #33, L250)

La validation des prescriptions réalisées par les coopérants apparaît ainsi comme une procédure essentielle, valorisante pour le personnel du Poste. La complexité du rôle de prescripteur s'illustre aussi dans les nombreuses difficultés rencontrées par les coopérants lors de la prescription.

4.8.4 Difficultés variées lors de la prescription

Trois principales difficultés lors de la prescription sont identifiées : (1) le manque de connaissances, (2) les variations des stocks et (3) les tensions et les malaises éthiques.

4.8.4.1 *Manque de connaissances*

La première difficulté est le manque de connaissances dans quatre domaines : les médicaments en général, les médicaments sénégalais, les pratiques locales de prescription et la rédaction de l'ordonnance.

D'abord, les coopérants affirment ne pas avoir suffisamment de connaissances sur les médicaments en général. Cela est constaté lorsque l'impression diagnostique n'est pas répertoriée dans le Guide de MSF, lorsque le médicament recommandé n'est pas disponible à la pharmacie du Poste ou encore lorsque les coopérants ne connaissent pas le médicament recommandé par le Guide de MSF. Les médicaments moins connus des coopérants sont surtout les antibiotiques comme l'affirme cette coopérante.

Ça m'a déjà arrivé que c'était écrit céphalosporine de troisième génération (petit rire) moi dans ma tête je connais des céphalosporines, mais j'ai aucune idée si c'est des troisièmes générations ou pas. C'est des affaires qu'on n'est pas, on connaît pas ça, on n'a pas toutes les connaissances nécessaires. (Coopérant #22, L246)

Dans le même sens, certains coopérants regrettent de ne pas pouvoir se référer à un pharmacien pour pallier leur manque de connaissances.

On aurait eu un pharmacien y aurait comme beaucoup beaucoup plus de connaissances que nous, on aurait peut-être pu plus jouer avec d'autres molécules pour, nous on n'a pas ces connaissances-là pour dire « je vais lui donner celle-là à la place ça va couvrir pareil ». (Coopérant #21, L239)

Les coopérants manquent aussi de connaissances sur les médicaments sénégalais. Ces derniers sont appelés par leurs noms commerciaux européens méconnus des coopérants. Ainsi, lorsque l'infirmier du Poste demandent de prescrire « Antinorex ®, Histagan ®, Heptamyl ® », les coopérants ne sont pas à l'aise dans leurs prescriptions : « C'est juste que quand tu le connais pas, t'es pas à l'aise. (Coopérant #29, L1185) ».

Les résultats montrent que les coopérants manquent de connaissances sur les pratiques locales de prescription. Par exemple, ils ne savent pas comment prescrire les traitements à longue durée pour les maladies chroniques. Ils ont tendance à prescrire selon les indications du Guide de MSF, soit pour un à trois mois de traitement, toutefois, l'infirmier du Poste demande de prescrire pour sept jours car sinon le traitement est trop dispendieux

pour le patient et ça vide les stocks. Une autre difficulté concerne la rédaction de l'ordonnance. Les coopérants la rédigent à partir d'un modèle fourni par IISF, bien différent de celui utilisé par les prescripteurs locaux. Les figures 20 et 21 illustrent ces deux modèles :

Prescription au DISPENSAIRE : THIARÉ AUTRE VILLAGE Rx # _____

NOM: _____
Prénom: _____

Nom de la mère : _____
Adresse : _____

Sexe : F Âge ou DN : 16 mois Poids : 8 kilo R (1) amoxicilline

Grossesse : # semaines : _____ Allaitement : _____
ALLERGIE : Ne sais pas
intolérance(s) : _____
Médication active : _____

Diagnosics :
(1) pneumonie
(2) malnutrition modérée
(3) _____

Prescrit par : _____

Date : 2017-05-08

Dose : 5ml
Voie : sirop
Horaire : •••
Pom 5 jours
Qté servie : 1 bouteille 700
Enseignement et servi par : + 600
Date : 17-05-08 1300

Figure 20 : Ordonnance d'amoxicilline avec le modèle de IISF

08/05/14
CMY

al 700

① Amoxi sp 1
1000 x 2/1, 1000

② 800
1200 x 3/1, 800

Figure 21 : Ordonnance d'amoxicilline par un prescripteur local

De plus, les dépositaires de la pharmacie ne sont pas habitués à lire les ordonnances des coopérants et ne comprennent pas les abréviations utilisées. De même, chaque coopérant a sa propre manière d'inscrire les informations sur l'ordonnance. Par exemple, certains écrivaient « deux fois par jour », d'autres « BID », d'autres faisaient deux petits ronds. Il a ainsi été souvent observé que les dépositaires demandent aux coopérants de clarifier les informations inscrites sur l'ordonnance.

4.8.4.2 *Variation des stocks de médicaments*

Les coopérants sont confrontés à la variation des stocks de la Pharmacie du Poste. Les stocks pouvant changer d'un jour à l'autre, il arrive fréquemment que les patients reviennent de la pharmacie avec des médicaments manquants. Ces situations découragent les coopérants, car après une longue consultation, ils doivent trouver un autre traitement, équivalent et disponible, et refaire l'ordonnance.

Tu prescrites finalement y a pu tel médicament (petit rire dans le groupe), (...) tu finis ta consultation qui a duré 25 minutes une demi-heure puis tu passes 45 minutes avec la pharmacie à faire des allers-retours puis « bon là y a ces médicaments que j'ai prescrits ça va être correct puis là tu fais l'enseignement puis tu le laisses partir ». (Coopérant #13, L223)

De même, il arrive que le second choix thérapeutique ne soit pas disponible ni à la Pharmacie du Poste ni à la Pharmacie du village. Les coopérants se sentent alors limités et inconfortables qu'après une longue consultation le patient doive acheter ses médicaments, plus dispendieux, dans une pharmacie en ville. À ce sujet, l'infirmier-chef de Poste précise qu'il ne faut pas prescrire en fonction de la disponibilité des médicaments : « le prescripteur prescrit le traitement qu'il faut au patient et si le médicament n'est pas disponible au Poste, c'est à lui d'aller l'acheter. (L247) ». Toutefois, les coopérants préfèrent trouver un traitement équivalent à prix modique et disponible à la pharmacie du Poste.

4.8.4.3 *Tensions et malaises éthiques*

La troisième catégorie de difficultés rencontrées par les coopérants lors de la prescription est les tensions et les malaises éthiques avec les patients et les prescripteurs locaux. Quatre types de malaises sont identifiés : (1) lorsque les patients sont dans l'incapacité financière

d'acheter leurs médicaments, (2) lorsqu'ils s'attendent à recevoir leurs médicaments gratuitement, (3) lorsqu'ils s'attendent à recevoir des médicaments non nécessaires et, enfin, (4) lorsqu'il y a une divergence d'opinion lors de la validation des prescriptions.

Le premier type de malaise est lorsque les patients sont dans l'incapacité financière d'acheter leurs médicaments et demandent aux coopérants s'ils en ont « vraiment besoin » ou encore lorsqu'ils quittent sans avoir acheté leurs médicaments par manque d'argent. Les coopérants sont inconfortables de prescrire des traitements pouvant être onéreux, ils ont alors tendance à diminuer la quantité de comprimés ou à choisir une molécule équivalente moins chère : « Des fois je me sentais mal, j'étais comme je peux pas lui donner tout ça en médicaments. (Coopérant #19, L449) ». Les coopérants ressentent aussi des tensions lorsqu'ils doivent prioriser les médicaments en fonction des capacités financières du patient. L'extrait ci-dessous illustre ce malaise.

Les patients qui ont pas d'argent, ils te reviennent en disant « j'ai pas d'argent », là qu'est-ce que je fais avec ta prescription? (...) il te dit « j'ai juste ça ». Toi en tant que clinicienne, il faut que tu te dises lesquels de ces médicaments-là qui est le plus ou qui est le moins important, lequel que tu priorises ou quels moyens le patient peut faire pour trouver des sous ou en emprunter pis tout ça. Là y est devant toi pis il faut qu'y règle ça. Des fois y en a qui étaient capables d'aller emprunter de l'argent à d'autres personnes mais d'autres fois y a des patients qui sont revenus en disant « j'ai vraiment juste ça ». Qu'est-ce qu'on fait? Ça j'ai trouvé ça difficile. (Coopérant #29, L425)

Enfin, les coopérants se sentent parfois irrités et découragés lorsqu'après une consultation pouvant avoir duré plus d'une heure, les patients n'achètent pas leurs traitements. L'extrait du journal de bord ci-dessous décrit ce sentiment de découragement.

Une équipe de coopérants a fait la consultation avec l'ensemble de la famille de quatre personnes. Après que la coopérante ait remis l'ordonnance, la mère lui a indiqué qu'elle s'attendait à recevoir les médicaments gratuitement et qu'elle ne pouvait pas les acheter. L'une des responsables du groupe est venue me voir à la pharmacie pour me dire à quel point elle était découragée et un peu frustrée de la situation. De même, lors de la postclinique, l'équipe a reparlé de la situation et leur attitude montrait que ça les avaient dérangées et qu'elles avaient l'impression d'avoir perdu leur temps en clinique « on a fait ça pour rien ». (Journal de bord, 15 mai 2017)

Un deuxième type de malaises lors de la prescription est lorsque les patients s'attendent à recevoir leurs médicaments gratuitement et expriment leur déception lorsqu'ils apprennent qu'ils doivent les payer. Ces situations sont fréquemment rencontrées par les coopérants : « Y s'attendent aussi beaucoup qu'y soient gratuits, on se l'est fait dire plusieurs fois (groupe acquiesce) (Coopérant #22, L27) ». Selon eux, ces attentes s'expliquent par l'ancienne pratique de IISF où les médicaments étaient remis gratuitement. D'ailleurs, selon l'agent de santé communautaire, les patients sont déçus lorsqu'ils apprennent qu'ils doivent acheter les médicaments.

Les malades après être consultés par les toubabs [les blancs], une fois que l'ordonnance leur est prescrite, se découragent comme ils doivent acheter les médicaments. Ils pensent toujours à leur gratuité. (Agent de santé communautaire local, L37)

Dans d'autres situations, les coopérants sont confrontés au mécontentement des patients. En effet, certains patients insistent pour que les coopérant paient les médicaments : « elle a insisté cinq fois jusqu'à temps que je dise moi "je suis venue ici pour aider", parce qu'elle dit "ah mais j'ai pas d'argent, tu pourrais me les payer" (Coopérant #21, L155) ». Ce malaise est illustré par cette anecdote : « La dame a carrément dit « vous êtes venus ici pourquoi? Vous nous donnez pas des médicaments? Comment c'est pas gratuit? », elle s'est levée puis est partie. (Responsable de groupe #1, L176) ». Cette situation peut refléter les conséquences des anciennes MMCT de IISF où les médicaments étaient remis gratuitement aux patients. Aussi, plus globalement, elle peut traduire l'attente des patients vis-à-vis l'aide étrangère perçue comme une aide de substitution qui fournit des ressources.

Un troisième type de malaise lors de la prescription est lorsque les patients demandent à recevoir des médicaments qui ne sont pas nécessaires selon l'évaluation clinique du coopérant. Dans ces situations, les coopérants prennent le temps de faire de l'enseignement sur les traitements non-pharmacologiques. Or, il a été observé que de nombreux patients sont déçus, découragés ou fâchés lorsqu'ils ne reçoivent pas de médicaments. D'une part, pour les coopérants le traitement n'est pas cliniquement justifié et, d'autre part, ils essaient d'éviter des dépenses inutiles aux patients. L'échange ci-dessous illustre ce malaise.

Je me sentais mal comme de surtout que, y en a plein qui ont pas d'argent pour s'acheter des médicaments, y a personne de vraiment riche ici, y ont toute un peu de la misère à arriver, pis là tu le sais que tu prescrites mais que y va aller acheter des médicaments pour rien finalement, qu'il a juste à attendre pis ça va passer tout seul. (Coopérant #15)

Pis qu'y va peut-être pas nourrir ses enfants avec ... (Coopérant #21)

Ouais c'est ça, il va peut-être négliger un enfant pendant une semaine qui mangera peut-être pas parce que il voulait des Tylenols® parce qu'y avait une p'tite fièvre à 37,8°C. (Coopérant #15, L188)

Ne recevant pas de prescription, certains patients se montrent insistants et se fâchent. Cette situation a été vécue par l'étudiante-chercheuse avec une mère dont les coopérants avaient refusé de prescrire un sirop contre la toux pour son enfant.

La mère quitte la salle mais revient avec [la responsable de groupe #9] pour avoir son sirop. Les étudiantes étant parties, je dois répondre à la patiente. Longue discussion entre la mère et les traducteurs, je leur explique que l'enfant n'a pas besoin du sirop, qu'il a un bon état général. La mère parle fort, je demande au traducteur « qu'est-ce qu'elle dit? » il répond « elle veut deux sirops, un pour la toux et un pour la fièvre ». Je demande « quel sirop elle veut? » il répète « amox et paracétamol ». Je dis « amox c'est un antibiotique elle n'en a pas de besoin ». La mère ne veut pas partir, quand elle sort de la salle, elle va dans la salle d'attente et attend, elle insiste pour avoir son sirop. Finalement, [une des responsables de groupe] lui en prescrit. Je n'ai pas aimé l'attitude de la patiente, le traducteur m'explique que c'est important de lui prescrire quelque chose, qu'elle ne peut pas retourner au village les mains vides. (Journal de bord, 29 mai 2017)

D'autres patients vont directement voir l'infirmier-chef de Poste ce qui provoque des tensions avec les coopérants : « On a déjà eu une madame qui est revenue fâchée pis elle avait été voir [infirmier-chef de Poste] parce que je lui avais pas donné de traitement. (Coopérant #21, L138) ». Dans ces situations, l'infirmier-chef demande aux coopérants de prescrire une petite quantité de paracétamol¹ ou de vitamines pour éviter de décevoir les patients. Les coopérants se sentent alors obligés de prescrire : « Juste pour qu'y ait des

¹ Le paracétamol est l'équivalent européen de l'acétaminophène.

médicaments, des comprimés pour qu'y soit content quand y parte. Coopérant #22, L217». Néanmoins, certains coopérants, comme ils le disent « ont réussi » à ne pas prescrire. Dans ces cas, l'infirmier-chef de Poste souligne l'importance de prendre le temps d'expliquer au patient pourquoi il reçoit si peu ou pas de médicaments.

Ils viennent, on peut les retenir pendant deux heures de temps de consultation et finalement ils n'ont que deux ou bien trois comprimés ou bien six comprimés. Et là, ils sont tellement déçu et découragés parce que, oui parce que là il faut prendre le temps de bien leur expliquer pourquoi et la cause et faire un suivi. (Infirmier-chef de Poste, 20 juin 2017, L525)

Les coopérants ont du mal à comprendre cette importance pour les patients à recevoir des médicaments. Certains considèrent que ça faisait partie de leur culture : « Ça fait un peu partie un peu de leur culture de t'es malade ça te prend des comprimés (Coopérant #15, L420) », « C'est ça qui veulent, si on donne pas de médicaments y ont l'impression qu'y ont pas été soignés. (Responsable de groupe #10, L169) ». D'autres coopérants ont l'impression que des patients consultent que pour recevoir des médicaments : « J'ai l'impression qu'ils veulent juste des médicaments (Coopérant #21, L138) », « Souvent y viennent consulter pis y ont pas grand-chose y veulent juste des médicaments (Coopérant #13, L51) ». Certains participants ont même pensé que ces demandes étaient pour constituer une pharmacie pour la famille à des fins d'auto-médication.

C'est pas méchant ce que je dis, ils vont ramasser les pilules pour la concession [lieu de vie d'une famille]. L'une va avoir mal à la tête, une va avoir mal aux oreilles, c'est une consultation mais pour plusieurs concessions là. Pis on sait que la saison des pluies s'en vient, le palu va arriver t'a l'heure, il leur faut leur petite pharmacie privée là. Moi je l'ai vu, ils se ramassaient des pharmacies. (Responsable de groupe #9, L785)

Cette méfiance s'illustre aussi avec la prescription du paracétamol, médicament prescrit à de nombreux patients. La répétition de symptômes généraux tels que la « fièvre la nuit » par les patients rend certains coopérants méfiants et irrités de la situation.

Ce qui me fatigue c'est de prescrire du paracétamol à pelletée en PRN [au besoin] pis que tous les patients font de la fièvre la nuit. Est-ce que toutes les personnes qui habitent dans le village ici prennent une *shot* de paracétamol avant d'aller se coucher? (Coopérant #14, L541)

Ces attentes à recevoir des médicaments même lorsque l'état clinique ne le nécessite pas engendrent des tensions et des malaises chez les coopérants, ne sachant pas s'ils doivent prescrire ou non, et le cas échéant, ne sachant pas quoi prescrire. Ainsi, il a été observé en clinique que l'approche des coopérants face aux demandes des patients à recevoir du paracétamol varie d'une personne à une autre. Certains acceptent d'emblée de prescrire en tandis que d'autres ne veulent pas prescrire sans avoir une réelle indication clinique. L'échange suivant tenu lors d'un groupe de discussion illustre ces différentes attitudes.

Je l'ai pas cette frustration là pour le paracétamol, on en prescrit beaucoup mais je me dis c'est comme des Tylenols®, nos patients à l'hôpital y en ont toute des Tylenols®! (Coopérant #27, L1451)

Peut-être que justement c'est ça l'approche qu'il faut avoir peut-être qu'il faut juste se dire « on en prescrit *thats'it* ». (Coopérant #8)

c'est pas juste en prescrire *thats'it*, me semble que quand je décide d'en prescrire c'est que je juge adéquat la prescription de paracétamol. (Coopérant #27)

C'est ça aussi que je voulais dire un peu par « on a toute un jugement », mais moi personnellement ça m'est arrivée de me dire selon mon jugement je me serais sentie à l'aise d'en prescrire, je me serais sentie à l'aise de ne pas en prescrire, mais y avait d'autres choses en contexte qui faisait que qui me donnait l'impression que c'était pas juste mon jugement qui rentrait en ligne de compte, tu comprends? (Coopérant #8)

De manière générale, les patients interrogés lors des entretiens font part de leur insatisfaction sur la quantité de médicaments prescrits par les coopérants. En effet, les patients trouvent qu'ils n'ont pas assez de médicaments : « Ce qu'ils m'ont remis comme médicaments, c'était insuffisant. (Patient #2, L33) ».

Enfin, le dernier type de malaise ressenti par les coopérants lors de la prescription est lorsqu'il y a une divergence d'opinion au moment de la validation des prescriptions. En effet, à certaines occasions, des coopérants se sentent obligés de respecter l'avis de l'infirmier du Poste et ont l'impression de prescrire un traitement dans lequel ils n'ont pas confiance ou qu'ils n'en comprennent pas les raisons. Puisqu'ils sont signataires de l'ordonnance, ces situations amènent les coopérants à réfléchir à leur responsabilité

professionnelle en tant que prescripteurs et peut mener à des tensions avec les prescripteurs locaux. Par exemple, des coopérants du groupe Collégial ont posé une impression diagnostique de pneumonie aiguë à un enfant de trois ans. Les coopérants ont prescrit la ceftriaxone par voie intra-musculaire tel que recommandé par le Guide de MSF. Au moment de la validation de leur ordonnance par l'infirmier local, ce dernier a demandé de prescrire de l'ampicilline et de la gentamicine et a indiqué les posologies oralement, sans les calculer en fonction du poids de l'enfant. En effet, les infirmiers au Poste de santé mémorisent les calculs de dose en fonction de l'âge. Dans cette situation, les coopérants et une responsable de groupe se sont d'abord opposés à l'infirmier local, ont cherché à comprendre les raisons, puis ont « plié » à ce qu'il demandait. Les extraits ci-dessous sont en lien avec cette situation et illustrent la tension et la méfiance entre les coopérants et les prescripteurs locaux lors de certaines validations de prescription.

Aujourd'hui on avait l'enfant avec une pneumonie puis nous notre premier choix c'était le ceftriaxone mais après explication [avec l'infirmier local] c'était pas le ceftriaxone qu'il donnait même si c'était écrit ça dans le livre [Guide MSF] pis il n'avait pas vraiment de raison. Dès fois tu ne comprends pas, ils donnent des explications mais ce n'est pas vraiment valable. Je veux pas dire que les connaissances ne sont pas bonnes. Des fois, je ne prenais pas toutes les paroles pour du *cash*. (...) Je voulais juste savoir pourquoi pas suivre le guide ? Mais il n'y avait pas vraiment de réponse [ils nous répondaient] « parce que c'est ça. » (Coopérant #35, L233)

J'étais sceptique [face à l'ordonnance de l'infirmier local] (...) on se sent obligé de plier à leur pratique, j'ai trouvé ça dur parce que c'est quand même mon nom qui est écrit sur la prescription. (...) parce que s'il arrive quelque chose, je suis pas sûre qu'il va aller dire que c'est lui qui nous a dit de prescrire ça. (Coopérant #36, L294)

Le problème que j'avais rencontré [lors de la validation de la prescription pour l'enfant avec la pneumonie] y avait des étudiantes à qui je disais que cet enfant pouvait prendre l'ampicilline et la gentamycine, la responsable du groupe s'est présentée ici [dans mon bureau], elle ne me croyait pas, elle a vérifié parce qu'elle avait dit que c'était une grosse dose on ne pourrait pas donner à l'enfant ça. Elle et moi on a refait le calcul et tous les deux c'était pareil. (...) Quand on a ce genre de notions aussi on peut prescrire directement sans regarder les livres. (Infirmier local, L432).

En somme, les coopérants ont été confrontés à de nombreuses difficultés lors de la prescription. Pour les aider, ils ont recours à diverses stratégies.

4.8.5 Stratégies utilisées pour faciliter la prescription

Diverses stratégies sont utilisées par les coopérants pour faciliter leurs prescriptions. Celles-ci se regroupent dans deux catégories : (1) l'acquisition de connaissances et (2) l'adaptation de la prescription.

4.8.5.1 Stratégies d'acquisition de connaissances en lien avec la prescription

La première catégorie de stratégies concerne l'acquisition de connaissances en lien avec la prescription. Deux stratégies sont utilisées : (1) se référer aux protocoles de traitements et (2) discuter de la prescription lors des postcliniques.

D'abord, tel que recommandé par IISF, tous les coopérants se réfèrent au Guide de MSF pour décider du traitement. Par l'utilisation de ce Guide, ils se sentent bien encadrés dans leur rôle de prescripteurs comme l'affirme cette coopérante.

On est bien encadré par le Guide MSF, ça je trouve que c'est merveilleux pis c'est vraiment bien fait, ça décrit bien les symptômes, bien les traitements, ça c'est un encadrement qui est merveilleux pis c'est une chance qu'on a parce que des fois on sait pas trop où s'en aller, avec ça ça nous structure. (...) on pouvait vérifier nos posologies, pis l'indication, (...) ça l'offre un bon encadrement aux prescripteurs. (Coopérant #37, L242)

La deuxième stratégie en lien avec l'acquisition de connaissances est de discuter de la prescription lors des postcliniques. Ces rencontres permettent aux coopérants d'échanger sur les difficultés de la prescription, de l'enseignement et du suivi clinique des patients. Elles contribuent aussi à l'uniformisation de la prescription au sein du groupe notamment pour les situations particulières telles que d'éviter de prescrire des médicaments au besoin.

4.8.5.2 Stratégies d'adaptation de la prescription

La deuxième catégorie de stratégies concerne l'adaptation de la prescription. Deux stratégies sont utilisées : (1) simplifier le schéma posologique pour les patients et (2) demander un suivi pour certains patients.

La première stratégie utilisée par les coopérants est de simplifier le schéma posologique des médicaments prescrits pour faciliter la compréhension et l'observance thérapeutique

des patients. Par exemple, si un patient nécessite un antibiotique et du paracétamol et que la posologie de l'antibiotique est deux fois par jour, le paracétamol est lui-aussi prescrit deux fois par jour. Les deux médicaments sont alors prescrits avec la même posologie. Cette adaptation de la prescription est d'ailleurs suggérée par le pharmacien-conseil de IISF.

Des produits qui vont avoir un régime posologique un petit peu plus complexe, pis on a la possibilité de donner à côté avec la même efficacité un produit qui se donne une fois par jour, c'est sûr que j'avais tendance à changer les ordonnances pour aller vers quelque chose qui se donnait une fois par jour si la possibilité est là. (Pharmacien-conseil IISF, L205)

La deuxième stratégie utilisée par les coopérants est de demander un suivi à certains patients. En effet, les prescripteurs locaux ne demandent pas de routine aux patients de revenir au Poste pour vérifier l'efficacité et la prise adéquate du traitement. Pour IISF et pour les coopérants, le fait de demander un suivi est une stratégie pour pallier à l'incertitude du traitement dans un contexte où il s'agit d'une approche syndromique (prescrire un traitement en fonction d'un symptôme et non pas de l'étiologie). De plus, pour eux, ce suivi est une stratégie pour se réassurer lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adultes présentant une maladie aiguë à risque de complications. En demandant au patient de revenir au Poste dans 24 ou 48 heures, les coopérants savent qu'ils pourront évaluer l'amélioration de l'état clinique, renforcer ou corriger l'enseignement sur la prise de la médication et si nécessaire l'ajuster ou changer complètement de prescription, par exemple lorsqu'il s'agit de problèmes dermatologiques.

Les coopérantes ont vu en consultation une femme de 47 ans pour des lésions dermatologiques étendues au dos. Après avoir longuement hésité sur le type de lésion, elles ont posé l'impression diagnostique d'un eczéma, ont prescrit de l'Histagan® et lui ont recommandé d'appliquer du beurre de karité facilement accessible au village. Les coopérantes ont expliqué à la patiente de revenir dans deux jours pour voir comment allait évoluer les lésions et qu'elles pourraient changer de médicaments s'il n'y avait pas d'amélioration. Elles m'ont ensuite dit qu'ainsi elles commençaient par un « traitement de base » et que si ça ne fonctionne pas, qu'elles discuteraient avec l'infirmier-chef pour un autre traitement soit antibiotique, antifongique ou corticoïde. (Journal de bord, 16 mai 2017)

Enfin, selon le président de IISF, ce suivi clinique s'inscrit dans l'agir professionnel d'une infirmière afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention effectuée et du traitement prescrit.

C'est notre responsabilité (...) c'est important, c'est ce qui professionnalise notre acte aussi, c'est pas un bonbon. Et un médecin et une infirmière et un pharmacien savent bien qu'il faut assurer un suivi. Ne serait-ce que « est-ce que ça vous a soulagé? » (...) il faut s'assurer du suivi d'un médicament. (Président IISF, L1400)

4.8.6 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Prescription des médicaments.

Tableau 4.15

Synthèse de l'étape Prescription des médicaments par les coopérants de IISF

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Développement de la confiance et autonomie • Encadrement nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Insécurité lors de la prescription • Incompréhension en cas de divergence d'opinions
Stratégies d'acquisition des connaissances :	Manque de connaissances sur :
<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les protocoles • Discuter de la prescription lors des postcliniques • Vérifier la disponibilité des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • les médicaments • les pratiques locales de prescription • la rédaction de l'ordonnance
Stratégies d'adaptation de la prescription :	Variation des stocks
<ul style="list-style-type: none"> • Adapter la prescription pour simplifier le schéma posologique • Prescrire un suivi à certains patients 	Malaises et tensions avec les patients :
	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité financière, attentes de gratuité, demandes pour des médicaments, insatisfaction de la quantité de médicaments

4.9 Enseignement de la médication

La neuvième étape des trajectoires est l'enseignement de la médication aux patients. Au Poste de santé, les prescripteurs locaux ne font pas d'enseignement spécifique de la médication. Aussi, la majorité des patients ne savent pas lire, le dépositaire inscrit la posologie avec des pictogrammes et explique sommairement la prise du médicament au patient. Toutefois, IISF recommande aux coopérants de faire un enseignement sur la médication. À cet effet, les coopérants, aidés par un traducteur, expliquent les consignes et vérifient la compréhension du patient. Suite à l'analyse des données, trois thèmes ont

émergé : (1) l'importance de l'enseignement, (2) les difficultés communicationnelles et (3) les stratégies utilisées par les coopérants pour faciliter l'enseignement.

4.9.1 Importance d'un enseignement de qualité

IISF considère qu'il est important que les coopérants effectuent un enseignement de qualité notamment pour s'assurer de la bonne compréhension des patients. Selon les participants, cette façon de faire constitue un geste professionnel responsable.

Quand nos équipes sont là on leur demande de suivre le patient jusqu'à la pharmacie et d'insister avec un traducteur qu'il faut qu'ils comprennent la prescription qu'on est en train de faire. C'est se rendre responsable du geste qu'on est en train de faire. (Président IISF, L789)

Dans le même sens, pour les coopérants, l'enseignement fait partie du rôle professionnel de l'infirmière : « Ça fait partie d'une bonne intervention de compléter justement en faisant de l'enseignement. (Coopérant #31, L626) ». Aussi, pour les responsables de groupe, l'enseignement contribue à prévenir les erreurs de préparation. Cette vérification s'est avérée essentielle puisque des erreurs ont été constatées par tous les groupes telles que des pictogrammes ne respectant pas l'ordonnance, des erreurs dans le nombre de comprimés servis ou dans la concentration d'un médicament. Par conséquent, les coopérants trouvent rassurant de revoir les patients avec leur médication avant qu'ils partent au domicile pour vérifier que ce soit les bons médicaments avec la bonne posologie.

Compte tenu du contexte, le taux d'erreur où il peut y avoir une erreur, il peut y avoir une erreur entre moi je l'ai écrit pis le dépositaire est allé vite pis y lui a donné paracétamol pis c'était pas les mêmes concentrations, y le remet, le client l'achète ou l'achète pas, euh le fait de demander à ce qu'il revienne ça boucle la boucle mais ça élimine des erreurs potentielles. (Coopérant #30, L578)

Malgré les efforts pour offrir un enseignement de qualité, les coopérants sont confrontés à des difficultés communicationnelles.

4.9.2 Difficultés communicationnelles

Lors de l'enseignement de la médication, les coopérants sont confrontés à deux principales difficultés : (1) l'incertitude de la traduction et (2) l'incertitude de la bonne compréhension des patients sur leur médication.

Premièrement, l'incertitude de la traduction a été ressentie dans différentes situations, par exemple lorsque les traducteurs devançaient les explications des coopérants et donnaient directement les informations aux patients. Certains coopérants se sont irrités de cette autonomie prise par les traducteurs car il y avait des risques d'erreurs dans les informations transmises et qu'ils n'étaient pas en mesure de vérifier l'exactitude des propos. Similairement, lorsque des patients posaient des questions aux traducteurs, il arrivait que ces derniers répondent directement aux patients. Là encore, les coopérants ne pouvaient pas vérifier l'exactitude de la réponse du traducteur, comme le dit ce coopérant.

Des fois ils posaient des questions mais le traducteur répondait lui-même au lieu de nous demander pis que nous on donne l'information pour compléter notre enseignement s'il manquait des choses. Le traducteur répondait directement, c'est pas lui l'infirmière, c'est nous. (Coopérant #36, L317)

Pour vérifier la compréhension des patients sur la posologie, la plupart des coopérants leur demandent de répéter. Or, les traducteurs ne traduisent pas toujours la réponse du patient mais répond « oui elle a compris ». Aussi, lorsque les coopérants questionnent les patients, il arrive que ces derniers n'aient pas bien compris les consignes, ce qui irrite certains coopérants qui ont l'impression d'avoir fait de l'enseignement pour rien ou encore que la traduction n'a pas été bien réalisée.

Des fois j'ai pas l'impression que les traducteurs traduisent tout notre enseignement. Pis quand tu leur demandes pour valider ton enseignement pis voir ce qu'ils ont compris, des fois ils sont même pas capable de te répondre c'est comme si t'aurais parlé dans le beurre ou que la personne a pas traduit justement ce que tu voulais qu'elle lui dise. (Coopérant #36, L309)

Enfin, les coopérants trouvent que la communication avec un traducteur rend impossible d'être certain de ce qui est dit, comme l'expriment ces coopérants : « On est jamais sûr de ce qu'y ont dit à 100 %. Pis on n'est pas vraiment capable à 100 % de vérifier leurs connaissances après avec des questions. (Coopérant #33, L262) ».

Le fait d'avoir un traducteur en partant tu peux pas toujours savoir qu'est-ce qui répète, c'est tu dans le même sens que nous on veut le dire pis comment la personne interprète ça, c'est sûr qu'il doit y avoir des pertes d'informations. (Coopérant #12, L364)

La deuxième difficulté rencontrée par les coopérants lors de l'enseignement de la médication est l'incertitude de la compréhension des patients de leur médication et par conséquent des risques d'erreurs d'utilisation. Cette crainte est renforcée par le fait que la majorité des patients ne savent pas lire et ne peuvent pas se référer aux informations sur la boîte en cas de doute. Les participants expriment régulièrement leur inquiétude face à des erreurs potentielles d'utilisation à domicile, comme une double prise d'un médicament ou encore en mélangeant les médicaments entre différentes personnes.

Ce que je trouve difficile, c'est de les laisser partir. On leur fait de l'enseignement, mais y partent avec un paquet de pilules des fois pis je suis pas sûre si, moi ça me fait peur, parce que je trouve qu'y sont pas tous bien identifiés les médicaments, puis comment les prendre on leur dit, on leur dit verbalement, mais c'est pas marqué non plus. (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017)

J'ai trouvé ça vraiment difficile l'enseignement parce que au Québec parfois tu donnes un médicament pis tu te dis « si y a pas compris, c'est écrit sur la bouteille » (Coopérant #2 acquiesce), sauf que là y est pas écrit sur la bouteille, y est écrit mais y liront pas ou y lisent pas le français, (...) quand y a plusieurs enfants d'une même famille, là t'explique les médicaments pour chaque enfant pis des fois la mère elle remet tout ça dans le même sac avant de partir pis elle part. Tu la regardes partir pis tu te dis « ah non, y sont tous rendus dans le même sac! ». Est-ce que les bouteilles ou bien les petits sachets avec les comprimés vont se mélanger? Ça se peut. (Coopérant #26, L534)

En somme, la barrière la langue complexifie l'enseignement de la médication pour les coopérants : « C'est plus dans l'enseignement c'était difficile à cause du langage, on parle pas la même langue. (Coopérant #39, L216) ». C'est dans ce contexte que les coopérants ont développé des stratégies pour faciliter leur enseignement de la médication.

4.9.3 Stratégies utilisées pour faciliter l'enseignement

Lors de l'enseignement de la médication, les coopérants utilisent des stratégies communicationnelles et des stratégies comportementales. Celles-ci visent à renforcer l'enseignement et favoriser la compréhension des patients sur la prise de leur médication.

Quatre stratégies communicationnelles sont utilisées pour faciliter l'enseignement des coopérants : (1) simplifier les propos, (2) utiliser des mots en langue wolof, (3) utiliser les pictogrammes locaux et (4) utiliser des stratégies comportementales. En premier lieu, les coopérants adaptent leur enseignement pour que ce soit le plus simple possible à comprendre pour les patients. Ainsi, seules les informations essentielles sont expliquées au patient. De plus, pour faciliter la mémorisation de la posologie, les coopérants l'associe aux repères de la vie quotidienne: « Quand y a une dose le soir je dis "quand vous allez manger, quand vous allez souper vous donnez le médicament". (Coopérant #13, L442) ».

La deuxième stratégie est l'apprentissage de quelques mots en langue wolof pour appuyer l'enseignement de la posologie. Les trois groupes de coopérants concluent que cette stratégie est facilitante et rassurante pour eux, comme l'explique cette coopérante.

Une de mes stratégies ça été justement d'apprendre les petits trucs de base comme je disais tantôt en wolof « un deux trois pis matin midi soir », de l'apprendre en wolof personnellement moi ça me rassure beaucoup quand je le dis à la patiente pis que je demande de répéter, je l'entends dire « *ben suba, ben botchek ben ngon* ». Ok, on a un bon début. C'est compris là. D'être capable de l'entendre pis de le reconnaître et savoir que c'est ça que je lui ai dit pis c'est ça qu'elle répète, j'aime beaucoup mieux ça que d'entendre quelque chose pis savoir ce qu'elle dit pis d'entendre le traducteur qui dit « elle a compris ». Ça je pense que c'est quelque chose qui m'a rassurée beaucoup. (Coopérant #8, L771)

De plus, le recours à des mots en wolof est perçu comme une manière de créer un lien avec les patients et de s'imprégner de leur culture. Pour cette coopérante, cet apprentissage de la langue terminait agréablement la consultation : « Ça conclu super bien une entrevue quand t'as été capable de placer quelques mots en wolof. Ils voient que "ah on s'est rejoint pour l'enseignement du médicament". (Coopérant #30, L378) ».

La troisième stratégie est l'utilisation du système de pictogrammes locaux. Il s'agit de faire une marque au feutre pour indiquer la posologie. Les coopérants apprécient ce système

simple et efficace. Les trois groupes de coopérants ont été étonnés de son efficacité auprès des patients qui, déjà habitués à ce système, semblent comprendre les posologies et les mémorisent plus facilement et sans erreurs.

J'ai trouvé ça vraiment ingénieux de leur part d'avoir pensé à ça, ça m'a vraiment surpris, pis tout le monde comprend bien ici c'est super clair, quand on leur fait répéter ils comprennent très bien, ils peuvent bien lire les pictogrammes. (Coopérant #37, L270)

Néanmoins, pour les coopérants, les pictogrammes comportent la limite de pas identifier les médicaments ce qui augmente le risque d'erreur lorsque deux médicaments similaires sont prescrits. Comme l'illustre la figure 22, un patient a reçu deux médicaments similaires et la coopérante du groupe a marqué un sachet d'un « X » pour les distinguer. Cette lacune a été reconnue par l'infirmier-chef qui a expliqué à l'étudiante-chercheuse l'importance de recevoir des dons de médicaments en plaquettes (*blisters*) et non pas en vrac.



Figure 22 : Stratégie pour distinguer des médicaments similaires

Enfin, les trois groupes de coopérants utilisent également des stratégies comportementales pour faciliter la compréhension des patients. Tout d'abord, ils font régulièrement des démonstrations de la prise des médicaments. Cette stratégie réassure les coopérants.

Ça c'est très rassurant quand tu vois que la mère est capable de donner la bonne dose à son enfant pis que c'est comme une petite sécurité de lui faire ouvrir la bouteille avant pour être sûr qu'est capable, des choses comme ça, moi ça m'a rassure pis en même temps je la vois faire pis une fois rendue à maison elle va être capable de le faire aussi. (Coopérant #16, L781)

Le recours à diverses stratégies communicationnelles et comportementales pour aider l'enseignement de la médication renvoie aux difficultés éprouvées avec les barrières linguistiques et culturelles précédemment décrites. Ainsi, cette étape de la trajectoire est importante pour les participants, à la fois par responsabilité professionnelle et par souci de la qualité de la relation thérapeutique. D'ailleurs, les patients expriment leur satisfaction de l'enseignement reçus par les coopérants.

4.9.4 Satisfaction de l'enseignement par les patients

De manière générale, les patients expriment leur satisfaction de l'enseignement reçu par les coopérants. Certains affirment aussi avoir bien compris et retenu les consignes de la posologie de leurs traitements. Pour les patients, les pictogrammes est une stratégie efficace à leur compréhension. Enfin, l'un des patients explique qu'il est essentiel de recevoir un enseignement afin de prendre correctement les médicaments.

En donnant les médicaments, c'est pour faire guérir, n'est-ce pas? Si vous n'expliquez pas comment on doit utiliser les médicaments, si par exemple il doit prendre un comprimé au lieu de deux, il ne va pas guérir, et ça va devenir autre chose, des complications. Les explications sont essentielles. (Patient #6, L133)

4.9.5 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Enseignement de la médication.

Tableau 4.16

Synthèse de l'étape Enseignement de la médication par les coopérants de IISF

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Respecter son rôle professionnel • Éliminer les erreurs potentielles de la préparation des médicaments • Stratégies communicationnelles et comportementales: <ul style="list-style-type: none"> - Simplifier les propos et faire répéter - Apprendre et utiliser des mots wolof - Utiliser les pictogrammes locaux - Faire une démonstration <p>Satisfaction des patients de l'enseignement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients non habitués à recevoir l'enseignement • Incertitude de la traduction • Incertitude de la compréhension des patients

4.10 Utilisation de la médication par les patients

La dixième étape est l'utilisation des médicaments par les patients. Pour des raisons logistiques, il a été difficile d'effectuer un suivi étroit de l'utilisation de la médication par les patients. Par conséquent, cette section s'appuie principalement sur les suivis cliniques des patients qui sont revenus au Poste de santé. Ces suivis indiquent que l'observance thérapeutique des patients est variable.

4.10.1 Observance thérapeutique variable

L'observance thérapeutique des patients est évaluée par les coopérants lors des suivis cliniques. Il faut préciser que ce ne sont pas tous les patients qui devaient revenir pour un suivi qui sont effectivement revenus au Poste durant la présence du groupe. Lors du suivi, les coopérants questionnent le patient sur la prise de sa médication. Si le patient a rapporté sa médication, les coopérants sont en mesure d'évaluer son observance thérapeutique. Concernant les cas d'observance thérapeutique inadéquate, les exemples les plus courants s'expliquent par des erreurs de posologie. Par exemple, des patients qui ont pris trop ou pas assez de médicaments. Dans d'autres cas, les patients ont mélangé la posologie de leurs médicaments, par exemple lorsqu'il y en avait un avec une prise au besoin et l'autre avec une prise régulière. Ces situations ont été une source de déception pour les coopérants qui voient que leur enseignement n'a pas été bien compris.

Ça m'a comme déçue un peu parce que maudit on se donne tellement dans l'enseignement pis on est tellement sûres que y comprennent [les patients disent] « oui oui je comprends! ». En résultat, y reviennent pis c'est comme pas parti, ou pas revenu ou c'est pas pris. C'est un peu fâchant même si on a fait de notre possible pis on peut pas se rendre chez eux pour qu'elle prenne ses pilules à tous les matins non plus. (Coopérant #19, L1028)

D'un autre côté, le constat de l'amélioration clinique des patients est une source de satisfaction pour les coopérants qui voient un facteur de réussite de leur enseignement, comme cette patiente qui a reçu plusieurs médicaments pour une affection dermatologique complexe : «Elle est revenue, on capotait, les abcès n'étaient plus là ! (...) Là j'étais comme on a vraiment fait un bon enseignement pis elle a vraiment bien retenu, j'étais vraiment contente (Coopérant #19, L985) ».

Les patients disent avoir respecté la posologie prescrite, que les pictogrammes sont aidants pour la mémorisation et qu'ils ont observé une amélioration clinique : « Oui, j'ai respecté la prise des médicaments. C'est parce que j'ai respecté la prise des médicaments qu'ils ont eu un effet positif sur ma santé. (Patient #2, L40) », « : Bien sûr. J'avais respecté toute la posologie. (...) les signes qu'elle m'avait dessiné sur les médicaments, m'ont permis de savoir à quel moment consommer les médicaments. (Patient #6, L53) ».

4.10.2 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Utilisation de la médication par les patients.

Tableau 4.17

Synthèse de l'étape Utilisation de la médication par les patients

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant eu une observance thérapeutique adéquate • Satisfaction des coopérants sur l'amélioration clinique des patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant eu une observance thérapeutique inadéquate • Déception des coopérants lors d'observance thérapeutique inadéquate

Après les MMCT

Après la réalisation des MMCT de IISF au Sénégal, les étapes des trajectoires des dons de médicaments sont la gestion locale des médicaments ainsi que les contrôles et suivis postdonations.

4.11 Gestion locale des médicaments

La onzième étape est la gestion locale des médicaments par le partenaire. Suite à l'analyse des données, trois thèmes ont émergé : (1) inventaire rigoureux et transparent, (2) application des critères de sélection et (3) redistribution des surplus aux autres structures.

4.11.1 Inventaire rigoureux et transparent

L'inventaire se déroule en plusieurs étapes. D'abord, tous les médicaments sont déposés sur une grande surface et sont regroupés par catégorie. Les figures 23 et 24 illustrent deux situations d'inventaire physique.



Figure 23 : Inventaire physique mai 2017 dans la pharmacie du Poste de santé



Figure 24 : Inventaire physique avril 2018 dans la salle d'attente du Poste de santé

Ensuite, tel que présenté à la figure 25, l'infirmier-chef de Poste fait le décompte et le dépositaire inscrit sur leur relevé mensuel « inventaire physique », en couleur rouge, la quantité qui s'ajoute à leur inventaire initial du mois. Ce relevé mensuel comprend ainsi une liste de tous les médicaments normalement disponibles dans l'inventaire de la pharmacie du Poste. Toutefois, sur ce relevé, on ne peut pas distinguer les ajouts provenant des dons canadiens ou des arrivées locales.

1 AMOXI 12 → 200 + 400	177 SABLE → 10
2 AMOXI SP 250 → 20 + 30	18 LOPRIL sp → 0
3 AMOXI 125 → 0	19 LOXENG → 20
4 AMOXI SP 125 → 27 + 65	20 LOFENSAL → 58 + 30
5 ATROVING → 197	21 MAGNESIUM sp → 1270
6 AMOXI GEL → 170 + 500	22 MIPREN sp → 580
7 ALBOMET → 430	23 MULTUM sp → 5000
8 ALBEN sp → 0	24 MILB4 → 77
9 ALBEN sp → 280	25 MUSTATINE cv → 980
10 ASPERIC → 178 + 100	26 NECTYMO 100 → 9
11 AUREO 170 → 440	27 INFLURIL 100 → 10
12 ACUCLOVIR → 5	28 CHEFRAZOL → 2 + 100 + 100
13 ANTIHEMORRHE → 5	29 CYRETT → 17
14 BANDE → 38	30 PARACET 16 → 0
15 BETADINE → 0	31 PARACET sp 800mg → 4290 + 700
16 CARBO 570 → 48 + 30	32 PARACET sp → 27 + 30 + 60
17 CATHETER → 0 + 2000	33 PARACORIQUE → 1330
18 CIPRAN sp 500 → 0 + 2000	34 PERPAC → 57 + 25
19 CIPRAN sp 250 → 1010	35 PERPALGAN → 20
20 COMPRESSE → 402	36 RINGER → 14
21 COTRI sp → 0 + 2500	37 RINEX → 0
22 COTRI sp → 5 + 10	38 SUD-ACC → 262 + 200
23 CEFTRIAXONE → 51 + 80	39 SUD-ACC → 190 + 300
24 CLORA GEL → 20 + 1000	40 STASFON sp → 390 + 1200
25 CLORA sp → 0	41 STASFON INT → 54 + 42
26 CEFIXIME sp → 0	42 SSI → 60
27 CEFOTAXIME → 780	43 SSI 10% → 7
28 CHARBON sp → 51 + 50	44 SGI 5% → 45
29 DEPO → 1420	45 SALBUTA sp → 15
30 DOXY sp → 320	46 SALBUTA INT → 6
31 DICLO sp → 21	47 S RO → 32
32 DPU → 20	48 SOYANA → 154
33 DUPHALAC → 320	49 TERPINE sp → 0
34 DICYNONE → 0	50 TBR → 50
35 ERY sp → 5	51 TETRA 7% → 3
36 ERY sp → 8	52 VALIUM INT → 75
37 EXT 24 → 61	53 VITAMINE C sp → 940
38 EAU DISTILLE → 6500	54 VIT B2 → 0
39 EER sp → 2330	55 VIT B6 → 143 + 100
40 FLAGYL sp → 0 + 40	56 ZINC → 300
41 FLAGYL sp → 0	57 AURIPAX → 11
42 FLAGYL PERF → 0	58 AMOXI sp 250 mg → 680 + 1000
43 FUROSEMINE sp → 0	59 A AC → 1000
44 FUROSEMIDE ANJ → 0	60 F- V sp → 500 sp
45 FERESTRANE sp → 0	
46 GENTARO → 176	
47 GENTA COLLAR → 2	
48 GARDENAL sp → 190	
49 HIDRO INT → 0	
50 HEXTRIL → 15	
51 HEMACEL → 7	
52 HISTAGAN sp → 0	
53 IBUPROFENE sp → 610 + 1500	
54 IBUPROFENE sp → 18	
55 INDO sp → 0	
56 IMPLANON → 1	

FIN MARS DEBUT AVRIL

Figure 25 : Relevé mensuel « inventaire physique des stocks » suite à la donation

Les médicaments décomptés et ajoutés sur ce relevé sont uniquement les médicaments qui seront intégrés immédiatement à la Pharmacie du Poste. En effet, il arrive qu'une partie des dons soit mise de côté dans le « Dépôt » du Poste (voir figure 26). Au fur et à mesure des besoins, les médicaments entreposés seront transférés à la Pharmacie et, à ce moment, ils seront décomptés et ajoutés en rouge sur le relevé du mois.



Figure 26 : Dons de médicaments entreposés dans le dépôt du Poste de santé

Enfin, chaque médicament disponible à la Pharmacie a sa propre fiche de stock qui permet d'avoir un suivi de sa quantité. Sur cette fiche, la provenance de l'entrée de médicament est indiquée. Quotidiennement, le dépositaire met à jour la fiche de stock de chacun des médicaments ayant entré ou sorti de la pharmacie. Lorsqu'il s'agit d'un don, la mention « don canadien » est inscrite. La figure 27 est un exemple de fiche de stock pour des multivitamines en comprimés.

MULTI VIT UP REPORT

DATE	N°	ORIGINE DES MOUVEMENTS	ENTREE	SORTIE	EXISTANT	DATE DE PEREMPTION
14/4/01				70	411	
15/4/01				100	311	
20/4/01				121	200	
27/4/01				220	480	
3/5/01				130	350	
10/5/01				120	230	
23/4/01				210	70	
29/4/01				60	10	
10/5/01		inventaire physique			80	
02/5/01		Don Canadien	3000	3000		
11/5/01				110	2960	
4/5/01		vent		120	2840	
6/5/01				100	2800	
7/5/01				20	2780	
10/5/01				170	2510	
10/5/01		Don canadien	3897		6407	
20/5/01				50	10407	
1/5/01		vent		120	10287	
10/5/01				20	10307	
17/5/01				90	10217	
18/5/01				40	10177	
20/5/01				20	10157	
22/5/01				40	10117	
23/5/01				60	10057	
24/5/01				60	5990	
25/5/01				40	5950	
26/5/01				80	5870	
27/5/01				40	5830	
29/5/01				60	5770	
30/5/01				20	5750	
31/5/01		inventaire physique		180	600	
1/6/01				60	420	
2/6/01				80	360	
3/6/01					900	

Figure 27 : Exemple de la fiche de stock des multivitamines

En somme, l'inventaire physique permet aux responsables locaux d'avoir une visibilité de la quantité des médicaments reçus et intégrés à la pharmacie du Poste, mais ne constitue pas un « accusé de réception » des dons. En effet, après chacun des inventaires physiques, aucun document n'a été signé ou remis au responsable du groupe pour attester la réception.

4.11.2 Application différente des critères de sélection

Il a été observé que des médicaments ne répondant pas aux critères de sélection préalablement établis sont conservés, en fonction de leur quantité, soit à la Pharmacie du Poste soit dans le dépôt. Ces médicaments étaient soit non-inscrits sur la Liste, ne faisaient pas partie de la LNMPE du Sénégal, n'étaient pas autorisés dans un Postes de santé, étaient méconnus des prescripteurs locaux ou encore étaient en vrac sans identification conforme. Pour l'infirmier-chef, ces dons non conformes ne sont pas inhabituels : « Oui, oui, on en a toujours reçu des médicaments qui vraiment des fois comme je l'ai dit tantôt, je ne les connais pas. (23 mai 2017, L165) ». De plus, les responsables locaux acceptent les médicaments personnels des coopérants, le plus souvent des antibiotiques en petite quantité. Selon l'infirmier-chef de Poste, ces médicaments sont utiles et doivent être décomptés, ajoutés sur le relevé mensuel et inscrits sur la fiche de stock. Néanmoins, durant les séjours de l'étudiante-chercheuse, ce décompte n'a pas été systématiquement observé. En dernier lieu, les médicaments périmés ne sont pas acceptés, comme le rappelle l'infirmier-chef de Poste : « si les dates sont passées, nous, au moment de l'inventaire, on les sort du stock. (3 avril 2018, L424) ».

4.11.3 Redistribution des surplus aux autres structures

La redistribution des surplus aux autres structures dépend de la quantité de médicaments reçus. Ceux-ci répondent d'abord aux besoins du Poste. L'infirmier-chef sélectionne les médicaments qui seront peu utilisés au Poste ou ceux reçus en grande quantité. Ces critères visent à éviter le gaspillage des médicaments. D'ailleurs un des responsables locaux affirme avoir reçu des dons d'onguents pour la dermatologie de la part du Poste. La redistribution aux autres structures de santé ne s'effectue pas nécessairement lors de la présence du groupe. Par exemple, lors de la donation du groupe Universitaire, l'infirmier-chef de Poste a annoncé qu'une partie des médicaments serait redistribuée au Poste de santé du village voisin. Néanmoins, cette redistribution n'a pas eu lieu pendant la MMCT. Pour l'infirmier-chef, la redistribution au Centre de santé est importante car c'est une façon de remercier le médecin-chef signataire de l'entente avec IISF. Enfin, il rappelle que c'est à lui que revient l'autonomie de décider comment sont gérés les dons qu'il reçoit pour le Poste.

Quand on nous donne quelque chose aussi, il faut nous donner l'autonomie de le gérer à notre manière. Parce que aussi y a des choses que c'est nous qui le maîtrisons. Parce que moi aussi je n'aurais jamais accepté que les gens me dictent aussi une loi alors que nous on a des raisons par rapport aux réalités. (Infirmier-chef de Poste, 20 juin 2017, L43)

4.11.4 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Gestion locale des dons de médicaments.

Tableau 4.18

Synthèse de l'étape Gestion locale des dons de médicaments

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Processus rigoureux et transparent • Utilisation de l'inventaire remis par les coopérants • Refus des médicaments périmés • Renforcer le stock des autres structures • Façon de remercier le médecin-chef de district signataire de l'entente avec IISF 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptation de médicaments qui ne respectent pas les critères préétablis • Redistribution non établie formellement

4.12 Contrôles et suivis postdonations

Enfin, la douzième et dernière étape des trajectoires est les contrôles et suivis postdonations. Les résultats montrent que cette étape est effectuée par les autorités sénégalaises et par IISF. Deux thèmes ont émergé des données : (1) les contrôles limités par les autorités sénégalaises et (2) l'absence de suivis formels par IISF.

4.12.1 Contrôles limités par les autorités sénégalaises

Selon les responsables locaux, les contrôles postdonations par les autorités sénégalaises sont importants et doivent être réguliers. Ces contrôles encouragent les bonnes pratiques de gestion : « Si l'infirmier-chef de Poste sait que on est en train de le contrôler lui aussi il va faire correctement, voir à ce que les produits ne soient pas vendus plus chers que prévu. (Pharmacien coordonnateur PRA, L324) ». En étant moins surveillés, les bénéficiaires peuvent utiliser à mauvais escient les dons comme le craint ce responsable local.

Dès l'instant que les gens vont sentir qu'il n'y a plus de contrôle, que les gens ne s'intéressent plus à nous demander « qu'est-ce que vous avez fait des trucs? », la personne qui est là qui travaille, par exemple l'infirmier-

chef de Poste qui est là qui travaille, bon j'ai beaucoup de travaux, y a certains trucs je ne veux plus gérer ça, je vais complètement déléguer ça à dépositaire, le dépositaire qui est là aussi il va dire puisque l'infirmier-chef de Poste ne me contrôle plus, bon je vais essayer de faire des profits par rapport à ça. Il peut prendre les médicaments, les amener dans les marchés hebdomadaires, ou bien des trucs... (Coordonnateur local, L1114)

Pour ce coordonnateur local, la confiance n'exclut pas le contrôle, c'est-à-dire que rien ne garantit qu'une personne en qui on a confiance n'ait un moment de faiblesse et, encouragée par un contexte de faible surveillance, utilise à mauvais escient les dons de médicaments. Par ailleurs, les contrôles par les autorités sénégalaises ne visent pas que la surveillance des pratiques de gestion mais également à s'assurer de la qualité des médicaments disponibles dans les Postes de santé. Par conséquent, des médicaments remis en dons et n'ayant pas été approuvés préalablement par la DPM peuvent être confisqués lors d'une supervision, comme l'explique une pharmacienne responsable d'une Pharmacie régionale.

Si vous venez et que vous remettez directement les médicaments à la structure [au Poste de santé sans être passé par la voie normale], (...) si l'infirmier-chef nous dit que c'est un tel [groupe de IISF] qui nous a donné, on lui dit « est-ce que tu connais ce médicament? Est-ce que ce médicament a été contrôlé? ». [S'il répond que non] on est obligé de prendre tous les médicaments et de laisser ça au niveau de la région médicale [PRA]. (Pharmacienne responsable PRA, L311)

Questionné à ce sujet, l'infirmier-chef mentionne recevoir à chaque trois mois une visite de supervision. Il affirme ne jamais avoir eu de problème avec les superviseurs parce que les médicaments canadiens ne sont pas périmés et parce qu'ils sont reconnus comme de bons médicaments. De plus, il transmet au médecin-chef de district les inventaires, ce dernier en est donc informé et cela constitue une forme d'accord tacite pour les dons.

4.12.2 Absence de suivis formels par IISF

IISF n'effectue pas systématiquement de suivis postdonations auprès de son partenaire ni auprès des coopérants afin de recueillir leurs impressions sur les contenus des dons de médicaments et sur l'ensemble du processus avec les dons de médicaments.

Les suivis auprès du partenaire sont le plus souvent effectués de manière informelle par un appel téléphonique ou un échange courriel. Ainsi, le président de IISF considère que le

partenaire a tout de même des opportunités de communiquer avec IISF et qu'il n'hésitera pas à faire part de ses demandes ou de ses insatisfactions.

Je lui ai parlé récemment, il m'en a parlé de ses insatisfactions là. (...) Il y a quand même des mécanismes informels, il va aviser le coordonnateur national et que lui il va nous transmettre les besoins du milieu ou l'insatisfaction. Pis l'insatisfaction vient surtout du Comité de santé, il va nous le mentionner « il nous manque de ci, il nous manque de ça, on n'en a pas eu assez, comment ça se fait qu'avant vous arriviez avec beaucoup de médicaments et maintenant y en a plus? ». (Président IISF, L738)

Néanmoins, entre janvier et juin 2018, pour les trois MMCT, il n'y a pas eu de communication officielle entre IISF et l'infirmier-chef de Poste au sujet des dons de médicaments. Par conséquent, les administrateurs reconnaissent qu'il y a un manque de suivi et qu'il est préférable d'avoir un suivi plus systématique auprès du partenaire après le départ des groupes. Quant au suivi auprès des coopérants, celui-ci est effectué par l'une des administratrices de IISF. Elle envoie à la responsable de groupe un questionnaire à remplir en ligne. Après la complétion du formulaire, elle fait un suivi téléphonique avec la responsable de groupe pour revenir sur l'ensemble de la MMCT, mais le sujet des dons de médicaments n'est pas abordé systématiquement. Du point de vue des responsables de groupe, ce manque de suivi est un maillon manquant dans l'ensemble du processus des dons et elles souhaitent être informées de ce que sont devenus leurs dons.

Tabarnanne, on laisse ça de même, bang, dans des mains, mais on a pas de suivi du après qu'est-ce qui se passe. C'est sûr qu'y a un bris dans la chaîne, ça c'est clair. (Responsable de groupe #1, L801)

4.12.3 Synthèse de l'étape

Voici le tableau synthèse de l'étape Contrôles et suivis postdonations.

Tableau 4.19

Synthèse de l'étape Contrôles et suivis postdonations

Forces	Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> • Importance des contrôles postdonations • Supervisions réalisées sans particularités • Suivis informels et ponctuels selon les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de réel contrôle des autorités sénégalaises • Absence de suivi spécifique pour les dons de médicaments auprès du partenaire et des coopérants

4.13 Synthèse du chapitre

Cette première partie des résultats s'est intéressée aux trajectoires des dons de médicaments lors des MMCT de IISF au Sénégal. Il est montré que ces dons circulent sur des trajectoires distinctes mais avec 12 étapes communes. Pour chaque étape, l'expérience vécue des acteurs a été approfondie mettant ainsi en évidence les forces et les lacunes de cette pratique avant, pendant et après les MMCT de IISF au Sénégal.

Avant les MMCT

La planification des dons se fait généralement de manière collaborative entre IISF et son partenaire. Ce dernier est consulté, mais la décision finale est plutôt prise unilatéralement par IISF. Par contre, il est impliqué dans l'identification de ses besoins en médicaments sur une Liste. Cette Liste est révisée annuellement, mais demeure imprécise sur les quantités nécessaires. Les coopérants se disent globalement satisfaits de l'encadrement reçu par IISF pour leurs démarches avec les dons de médicaments. Toutefois, les outils et services offerts par IISF restent peu utilisés et mal compris par les coopérants, ce qui peut mener à des difficultés lors de la collecte des médicaments. Les deux principales méthodes de collecte employées par les groupes de IISF sont la sollicitation des pharmacies et l'achat à des organismes fournisseurs. La première a constitué pour les coopérants une démarche exigeante surtout pour la charge de travail versus la faible quantité de médicaments reçus. Aussi, ils ont éprouvé divers malaises à solliciter les pharmacies. La seconde méthode est apparue comme étant plus simple, rapide et efficace, mais davantage de médicaments ne respectant pas la Liste du partenaire ont été donnés. La majorité des médicaments sélectionnés ont respecté les critères de sélection par IISF, bien que tous les groupes aient apporté des médicaments inappropriés. Lors de la préparation des valises, la maximisation

de la quantité de médicaments ainsi que la sécurisation des valises par divers moyens sont apparues importantes. Avant leur donation, ces dons devraient être contrôlés, or les résultats montrent plutôt un vide logistique par IISF et une absence de contrôle par les autorités nationales, régionales et locales du Sénégal. Ces lacunes ont été des sources de préoccupation pour les participants.

Pendant les MMCT

La donation a été un moment clé des trajectoires. Ses dimensions protocolaire et cérémoniale ont contribué au sentiment de satisfaction ou de déception des coopérants. Face à leur nouveau rôle de prescripteurs, les coopérants et les responsables de groupe ont ressenti de l'insécurité, puis au fil des jours, de la confiance, de l'autonomie et de la fierté. La validation des ordonnances par un infirmier local a été un encadrement nécessaire. Les coopérants ont aussi été confrontés à des difficultés cliniques, matérielles et éthiques lors de la prescription et de l'enseignement. Pour les aider, ils ont eu recours à des stratégies d'acquisition de connaissances, communicationnelles et comportementales. L'utilisation des médicaments par les patients a été évaluée lors des suivis cliniques. L'observance thérapeutique adéquate, ou non, des patients a semblé avoir une importance sur le sentiment de « réussite » de l'intervention des coopérants.

Après les MMCT

L'intégration des médicaments à la pharmacie du Poste est apparue comme un processus rigoureux et répondant à des normes de gestion des stocks, bien que des médicaments non conformes aux critères de sélection aient été acceptés par le partenaire. Enfin, les contrôles et suivis postdonations sont importants, attendus, mais insuffisants selon les participants.

En terminant, l'analyse des trajectoires des dons de médicaments est apparue à la fois comme un processus commun à tous les groupes et où chaque étape est vécue singulièrement. Cette mise en commun des expériences plurielles des acteurs a brossé un portrait riche des trajectoires et a fait émerger une diversité de forces et de lacunes. De même, il s'est dégagé de l'analyse de ces résultats la dimension dynamique des trajectoires, où chaque étape est imbriquée et en interaction avec les autres. Aussi, la dimension interactive des trajectoires a été illustrée par la mise en évidence de l'implication de nombreux acteurs dans chacune des étapes. Les résultats obtenus pour ce premier objectif

de recherche ont permis de dresser un portrait global des trajectoires des dons de médicaments lors des MMCT de IISF au Sénégal. Ces nouvelles connaissances ont été utilisées dans la démarche de recherche de pistes d'amélioration. Afin de compléter et raffiner ce portrait de la pratique des dons de médicaments entre IISF, ses coopérants et son partenaire, l'analyse des perceptions des acteurs sur ces dons est apparue nécessaire.

La figure 28 présente une synthèse des principaux résultats mis en lumière par cette étude doctorale lors des trois grands moments des trajectoires des dons de médicaments soit avant, pendant et après les MMCT.

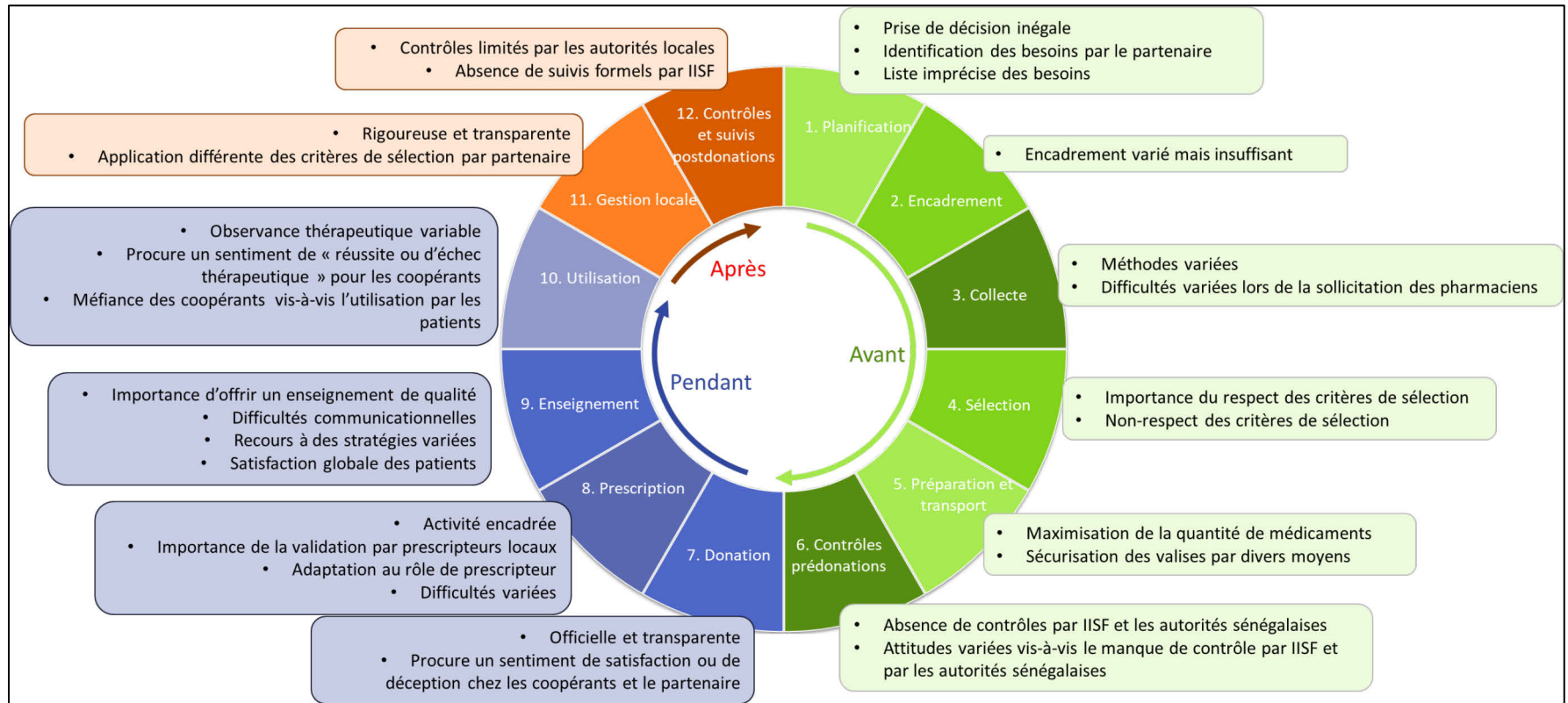


Figure 28 : Schéma des principaux résultats en lien avec les trajectoires des dons de médicaments lors des MMCT de IISF

PARTIE II : RÉSULTATS RELATIFS AUX PERCEPTIONS ENTOURANT LES DONS DE MÉDICAMENTS

La deuxième partie de ce chapitre est dédiée aux résultats pour répondre au second objectif de recherche : « Explorer les perceptions des administrateurs de IISF, des coopérants et des bénéficiaires sur les dons de médicaments remis lors des MMCT de IISF au Sénégal. ». Comme réponse générale à cet objectif, quatre grandes rubriques ont été sélectionnées par le comité de recherche et approfondies dans cette étude: (1) l'acte de donner des médicaments, (2) l'expérience des dons de médicaments lors de la trajectoire, (3) les critères définissant un bon et un mauvais don de médicaments et (4) les conséquences perçues de ces dons. Ces rubriques ont été choisies pour leur pertinence aux objectifs de recherche. En effet, au total, 16 rubriques ont émergé de l'analyse des données. Après discussion avec le directeur de recherche, huit ont été présélectionnées par l'étudiante-chercheuse. Puis, le comité de recherche a reçu par courrier électronique une copie de cette liste avec les rubriques retenues et celles mises de côté. Lors d'une rencontre de travail, les membres ont ainsi eu l'opportunité de discuter et de choisir les rubriques qui seraient approfondies dans le projet de recherche. Parmi les rubriques non retenues, il y a « relation entre les coopérants et les patients », « la fête d'accueil et de départ comme moment clé » et « l'ancienne gratuité des dons de médicaments ». Ces rubriques ont été considérées comme n'étant pas assez centrées sur les objectifs de recherche et leurs thèmes concernaient davantage les activités des coopérants dans leur globalité, les relations plus globales entre IISF et son partenaire ou encore d'anciennes activités qui ne sont plus en vigueur depuis 2015.

Afin de construire une compréhension plurielle des perceptions entourant les dons, il a été privilégié de présenter les résultats non pas en fonction des catégories de participants, mais de les relier autour d'un même thème.

4.14 Perceptions sur l'acte de donner des médicaments

L'analyse thématique des données dégage les perceptions des participants sur l'acte de donner des médicaments. Le don de médicaments apparaît comme étant un acte chargé de perceptions positives et négatives. Ces dernières se regroupent autour de quatre thèmes

principaux: (1) donner pour répondre aux besoins, (2) donner par altruisme, (3) donner par redevabilité et (4) donner pour faciliter la prescription des coopérants.

4.14.1 Donner pour répondre aux besoins en médicaments

La première perception est de donner pour répondre aux besoins des bénéficiaires. Celle-ci concerne la dimension matérielle du don de médicaments où les participants souhaitent apporter une aide nécessaire et essentielle. Cette motivation s'appuie principalement sur leurs perceptions négatives des conditions socioéconomiques du Sénégal. En effet, les administrateurs, les responsables de groupe et les coopérants évoquent le manque de ressources et la pauvreté du Sénégal pour justifier l'importance d'apporter des dons. Pour eux, les dons sont une solution pour pallier aux difficultés d'accès aux médicaments.

C'est le besoin sur place parce que y en n'ont pas en Afrique. Le problème c'est que y ont pas de produits, y ont pas de molécules, pis y ont des gens réellement malades qui en ont réellement besoin. Mais y en ont pas. (Président IISF, L493)

C'est certain c'est pour mieux servir cette communauté-là, ce groupe-là, je veux dire c'est fou comment les ressources, y ont pas de ressources, sont, c'est un pays défavorisé, c'est la misère, c'est pas, c'est pas, y ont pas des conditions ... saines, pas tellement, donc moi pour moi j'ai vu la nécessité d'en apporter. (Responsable de groupe #4, 30 janvier 2017, L239)

Certains responsables de groupe et coopérants perçoivent le village où était situé le Poste de santé comme étant d'une extrême pauvreté. Pour eux, les dons de médicaments sont essentiels pour répondre aux besoins primaires, voir à la survie, des bénéficiaires.

[Les dons de médicaments] c'est de permettre à l'autre d'évoluer, d'avancer, de pouvoir subvenir à ses besoins, ses besoins primaires. (Responsable de groupe #4, 26 février 2018, L306)

Ça répond grandement à un besoin, je pense que c'est essentiel, c'est le besoin, c'est une extrême pauvreté (...) c'est sûr qu'il faut continuer à en amener pis c'est sûr que nous c'est encore, pis effectivement on se dit c'est même pas une question, c'est une question de survie là. C'est carrément ça, pour nous en tout cas, c'est clair que la nécessité est là. (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017, L201)

D'ailleurs, un responsable local explique que le fait que les coopérants voient les inégalités socioéconomiques renforce leur volonté de donner.

La plupart des coopérants veulent donner quand ils viennent ici parce que quand elles quittent le Canada et qu'elles viennent ici au Sénégal, la première chose qui les frappe, c'est la différence. Ça c'est mon avis, je n'ai jamais été au Canada, mais j'imagine que c'est ça. À force de les côtoyer je sais que c'est ça. La première chose qui les frappe, c'est l'insuffisance et comparé à eux, c'est l'abondance. Du coup, elles sont animées par le sentiment ou bien la volonté de donner, parce qu'elles vont se dire mais y'en a beaucoup chez nous, eux ils n'en ont même pas, donc il faut qu'on leur donne (...) Dès l'instant où elle se trouve en position de faiblesse, au-devant de la scène, la misère, c'est des gens qui n'ont même pas assez, qui sont obligés de travailler avec des moyens du bord, alors qu'eux c'est l'abondance, y en a partout, on pense à les aider, à donner. Ça c'est ma perception à moi. (Coordonnateur local, L905)

Cette perception que les besoins en médicaments sont si grands se reflète dans la motivation des coopérants d'en apporter le plus possible. Par exemple, les responsables de groupe retournant au Poste de santé pour une seconde ou une troisième fois disent avoir « vu les besoins en médicaments » et se sont organisées pour en apporter le plus possible lors de leur prochaine MMCT : « Si on pouvait amener 11 valises de médicaments, avec les besoins qu'on a vus c'est incroyable. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L270) », « On a vu l'importance d'en emporter. (Responsable de groupe #4, 30 janvier 2017, L271) ». Cette importance de répondre aux besoins s'exprime aussi dans les propos de certains participants pour qui il n'y a jamais assez de médicaments : « Si on pouvait, ça serait d'en apporter toujours plus, c'est jamais assez. (Responsable de groupe #2, 23 mai 2018, L531) ». Ces perceptions négatives des conditions socioéconomiques du pays et des besoins en médicaments sont également partagées par les participants sénégalais. Par exemple, pour un patient, ces dons aident les personnes démunies à se soigner : « Pour quelqu'un qui a de l'argent, c'est facile d'aller se soigner. Mais pour nous démunis, ces dons sont importants. (Patient #3, L92) ». Dans le même sens, un responsable local souligne que les dons de médicaments sont un appui au système de santé local.

C'est un appui par rapport à la population, ils veulent appuyer la population du Sénégal, appuyer les infirmiers-chefs de Poste, appuyer le système de santé, c'est un appui qu'ils veulent faire parce que s'ils venaient dans une

zone et voyaient là au niveau du Poste y a pas de médicaments ou bien au niveau de la zone les gens ne sont pas, comment dirais-je, les gens sont démunis peut-être, ou bien dans ce village, les gens sont démunis, ils vont se dire « tient, je vais les appuyer par rapport à la santé ». Ils vont venir avec les médicaments. (Pharmacienne responsable PRA, L333)

Pour certains participants, le fait d'avoir constaté les besoins en médicaments sur place oblige sur le plan éthique à faire l'effort d'y répondre.

[Si] on s'en vient juste visiter, constater c'est quoi la pauvreté et s'en aller, je te dirais qu'à la limite c'est inéthique de faire ça même pas à la limite, c'est inéthique. Je constate la pauvreté, ça veut dire je constate des besoins, qu'est-ce que je peux faire de façon intelligente et réfléchie, c'est le don de médicaments. C'est exprimé par l'infirmier-chef, le Comité de santé et évidemment les patients qui demandent des médicaments. (...) Alors c'est difficile d'initier des gens à la coopération internationale pis dire « n'amenez pas de médicaments ». (...) Comme j'ai expliqué ça serait inéthique de dire « j'ai constaté mais je retire [les dons de médicaments] parce que c'est trop de trouble ». Il faut faire l'effort. (Président IISF, L1226)

L'analyse des données révèle une autre dimension de donner pour répondre aux besoins. Il s'agit de la perception que ça renforce l'image typée du donateur bienfaiteur, perception négative qui procure un malaise chez certains participants.

Je suis toujours mal à l'aise dans ces contextes-là. On a le goût de donner. (...) on a le goût de donner, j'ai l'impression qu'on se fait plus du bien à nous autres même des fois et pas nécessairement à ceux qu'on donne (...) je pense que ça crée une valorisation personnelle. (...) mais j'ai comme une impression parfois qu'on s'aide plus soi-même comme je te disais en créant une valorisation d'avoir donné comme si ils ne pouvaient pas s'en procurer. (Coordonnatrice siège social IISF, L216)

Néanmoins, les bénéficiaires ont une perception positive de l'aide reçue en médicaments. Ces derniers sont perçus comme un appui à une structure ou à une personne en difficulté et une manière de venir en aide à l'être humain : « C'est venir en aide à une personne qui est en difficulté. (...) Quand on fait un don à une personne, on l'aide. Je vois au don une aide. (Traducteur local, L182) ».

4.14.2 Donner par altruisme

La deuxième perception attribuée au don de médicaments est de donner par altruisme. Celle-ci concerne la dimension « humaine » du don, et plus globalement à son sens moral.

Les participants décrivent l'acte de donner des médicaments comme un geste de générosité et une forme de partage des ressources. Les participants canadiens l'expriment d'ailleurs par les mots de « coopération », « d'entraide », « de donner au suivant » et « d'altruisme ».

C'est un peu de prendre quelque chose qu'on a ou qu'on a réussi à avoir puis de le donner à quelqu'un d'autre (...) de donner au suivant, c'est d'aider son prochain, quand tu donnes de ton temps ou des choses, je ne sais pas, c'est rendre service. (Responsable de groupe #8, L229)

Pour les bénéficiaires, le mot don est traduit par « entraide » et « aide ». Également, le don est associé à l'idée qu'il s'agit « d'offrir avec le cœur », ainsi qu'une forme de partage, d'amour et de solidarité envers l'autre, comme le disent ces bénéficiaires : « C'est faire les choses avec son cœur, prendre des choses et les remettre à son prochain. Cela crée la paix. C'est ça donner. (Patient #5, L74) ».

Le don qu'est-ce que ça signifie pour moi. Ça signifie beaucoup de choses pour moi, on voit d'abord le partage, la solidarité, l'aide, je pense ça signifie beaucoup de choses. Le don c'est le partage, c'est l'amour même. (Infirmier local, L223)

Je suis musulmane je suis croyante pratiquante ce qu'on m'enseigne dans la vie si tu es au-dessus de quelqu'un ou quelqu'une il faut l'aider. C'est la règle de donner et de recevoir. Dieu nous a donné, nous, mais si dieu nous donne il faut donner. Il faut donner. Parce que je suis au-dessus. (Sage-femme locale, L275)

Pour d'autres participants, l'acte de donner est chargé d'une valeur morale de bienfaisance, comme l'exprime cette participante : « Je trouve qu'à chaque fois ça m'apporte beaucoup donner à cette population dans ce contexte humanitaire. (Responsable de groupe # 2, 23 mai 2018, L527) ». De même, des responsables de groupe soulignent que les dons de médicaments constituent la cible de leur MMCT, donnent du sens à leur projet et que c'est le plus grand don que le groupe peut offrir.

Je suis vraiment contente d'avoir amené des médicaments là-bas, vraiment vraiment vraiment c'est sûr que de ne pas en avoir amené je n'aurais pas su ce que j'aurais manqué mais quelqu'un qui ferait un voyage l'année prochaine je dirais " tu peux pas aller là-bas sans en apporter parce que tu vas vraiment manquer, tu vas viser à côté de la cible je pense ". (Responsable de groupe #11, L419)

On comprend pourquoi on vient ici quand on voit le visage de [l'infirmier-chef] souriant (...) on comprend tout le sens de la mission rendu là quand qu'on achemine ces médicaments-là. (...) je pourrais dire que c'est le plus grand don qu'on ne peut pas faire. (Responsable de groupe #3, 23 mai 2018, L122)

Plus globalement, pour certains participants, le don au sens large représente l'essence même de l'humanitaire : « Je pense que c'est une peu une des bases de l'humanitaire de donner. (Coopérant #8, L524) »; « Je pense que l'essence même de la mission c'est d'aller donner. D'aller donner des choses mais aussi d'aller donner de son temps et aller donner de soi, c'est ça, c'est le but de la mission. (Responsable de groupe #11, L303) ».

4.14.3 Donner par redevabilité

La troisième perception attribuée au don de médicaments est de donner par redevabilité. Les résultats ont permis de dégager trois facteurs liés à ce sentiment de redevabilité : (1) remercier de l'accueil, (2) compenser l'impact des coopérants sur les stocks de la pharmacie et (3) répondre à l'entente entre IISF et son partenaire.

Premièrement, les participants perçoivent les dons de médicaments comme une forme de remerciement pour l'accueil et l'encadrement des coopérants au Poste de santé. Selon eux, ces dons s'inscrivent dans une relation « donnant-donnant » où en échange de l'accueil, de l'expertise et du temps offert par le personnel du Poste, les coopérants se sentent redevables, comme l'explique cette participante.

Pas avoir de dons de médicaments, je me sentirais à quelque part redevable parce que ils nous donnent énormément, (...) Donc mon expérience n'est pas la même, je me sentirais redevable, et j'aurais l'impression qu'il faut que je contribue d'une autre façon à remercier ces gens là de nous recevoir (...) je pense que c'est donnant donnant. On va là, ils nous ouvrent leurs portes, ils nous montrent leur façon de faire, ils nous expliquent pleins de choses, ils prennent du temps pour nous expliquer puis nous enseigner plein de choses, donc je pense que c'est la moindre des choses de de donner une contribution

et celle des dons pour moi je considère que c'est peut-être celle qui va se rendre le plus aux habitants, aux gens qui ont besoin là-bas. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L645)

Par ailleurs, les coopérants mentionnent se sentir égoïstes et inconfortables à l'idée de ne rien donner en échange de l'accueil reçu : « C'est pas un laboratoire où je viens j'observe j'apprends pis que je repars. (Coopérant #30, L1124) ».

Dans le même sens, un responsable local explique que ça fait partie de la culture sénégalaise de recevoir quelque chose en échange de l'accueil offert et compenser le fardeau de la présence du groupe.

Ça fait partie de la culture sénégalaise, quand tu viens quelque part, rendre visite à quelqu'un, on voudrait que tu apportes au minimum quelque chose. C'est comme ça que les gens vont t'accueillir à bras ouverts. Mais si tu viens comme ça les mains vides, ils vont voir que finalement tu es un fardeau pour eux, c'est comme ça qu'ils vont penser. (Coordonnateur local, L618)

Deuxièmement, des coopérants se sentent redevables au personnel du Poste. Ils justifient ce sentiment par leur impression ne pas être efficaces en clinique et que leur travail ne constitue pas un don suffisant pour compenser l'impact de leur passage.

Je viens ici et j'apprends énormément, je peux ... y faudrait... pour moi une mission, pour que la personne arrive dans un nouveau milieu pis qu'elle amène pas de dons il faut qu'elle arrive dans le milieu pis qu'à soit archi efficace, archi formée pis que c'est son travail qui est le don. Mais en ce moment, avec la matinée que j'ai fait, euh non mon travail est pas compensé pantoute là! c'est pas parce que je vois deux patients que ça vaut tout l'investissement du milieu donc, il faut au moins que je compense ma trace ne serait-ce que les gants, le matériel que j'utilise tout ça pis qu'il faut que j'aille une forme de dédommagement pour tout le surcroît que j'impose par l'accueil que je sois là. (Coopérant #30, L826)

D'ailleurs, des participants expriment que donner des médicaments est une manière d'apporter une aide réelle, utile et concrète que leur seule présence au Poste de santé.

Vous voulez faire de la coopération internationale, c'est ça que ça veut dire, ça prend de l'argent. On peut pas être juste coopérant avec rien. Vraiment il faut arriver avec quelque chose pour les aider réellement, c'est une façon de les aider. (Président IISF, L600)

Dans le même sens, des responsables de groupe et des coopérants n'ont pas l'impression que leur implication au Poste de santé a fait une si grande différence, mais que les dons de médicaments, eux, sont une aide plus durable et qui a un réel impact pour les bénéficiaires : « Sans les dons, je sais pas à quel point on fait tant une différence. Oui on offre de l'aide mais les dons restent plus longtemps que nous ici. (Coopérant #25, L40) ».

Je ne suis pas sûr que ça fait une si grande différence, mais par contre, je pense que oui on les aide, mais notre façon d'aider vraiment c'est ces valises de dons là. (Responsable de groupe # 3, 10 février 2017, L603)

Ces gens-là y ont pas tant besoin de bras que ça, quand on est allé oui on a aidé mais la clinique à rouler même si on n'est pas là, les médicaments ça fait vraiment un changement. (...) C'est vraiment la grande partie qui change les choses là-bas. (Responsable de groupe #11, L247)

Ce sentiment de redevabilité s'appuie aussi sur l'impression des participants que leurs dons compensent la quantité de médicaments qu'ils ont prescrits. Il est important pour les participants de pallier à ces sorties en médicaments.

Le fait que les groupes viennent, là ça fait que les gens dans les villages viennent, plus de gens plus de gens à examiner pis là en examinant on découvre c'est quoi qu'y ont mais en même temps y a plus de demandes en médicaments à ce moment-là aussi. Donc en amenant des médicaments avec nous ça peut un peu pallier ça parce que sinon après que les groupes y ont passé, les pharmacies sont vides. (Administratrice #4, L60)

D'ailleurs, le trésorier de IISF a calculé le nombre de médicaments pouvant être prescrits par un groupe. Selon sa compréhension de la situation, le nombre de médicaments prescrits par les coopérants peut « vider la pharmacie » et provoquer une rupture de stock après leur départ. Pour lui, ce calcul justifie la nécessité de fournir des médicaments au Poste.

Si un coopérant professionnel prescrit à deux patients trois médicaments chacun donc par jour il va prescrire 6 médicaments, il reste là dans notre situation y restait 12 jours de clinique, pour moi c'est un calcul mathématique donc 12×6 , donc cette personne va produire 72 prescriptions, ça c'est une personne du groupe. 72 prescriptions, y sont 8, 8×72 ça fait 576 prescriptions de médicaments. (...) On peut pas arriver là, prescrire 400 doses de médicaments, vider la pharmacie pis là bon on sauve tout le monde pendant le temps qu'on est là pis là quand on n'est pu là, ils reçoivent plus de médicaments parce qu'ils ne sont plus capables d'en avoir on a tout

épuisé ou encore il faut qu'ils rachètent des médicaments pis y ont pu d'argent. (Trésorier IISF, L127)

Dans le même sens, pour le Président de l'organisme, compte tenu de la nature des activités des MMCT, il s'agit d'une obligation éthique d'apporter les traitements.

Si tu veux aller intervenir, très vite ils vont te regarder dans les yeux pis ils vont te dire « qu'est-ce que tu as amené? Tu t'en viens soigner des gens, ouais, mais avec quoi? Pis ensuite ta présence elle attire des gens. » (...) Pour ces 30 patients, il faut des médicaments pis si t'en as pas, t'as fait venir 30 personnes que t'as évaluées, tu vas conclure qu'il a besoin de telle molécule et t'en a pas. Est-ce que c'est éthique faire ça? (Président IISF, L495)

D'ailleurs, il ressort de l'analyse des données que la présence d'une MMCT n'augmente pas significativement le nombre de consultation au Poste (les coopérants voient au total entre 12 et 20 patients par jour comparativement à plus d'une trentaine par infirmier local). Néanmoins, l'impact du groupe sur l'écoulement des stocks en médicaments, notamment ceux de format pédiatrique, a été constaté par les participants.

On a manqué de médicaments au Poste de santé. Le temps qu'on a été là, on a écoulé le stock de Tylénol®. Je pense que le Tylénol® pour enfants, il s'est écoulé assez rapidement. (Responsable de groupe #3, septembre 2017, L48)

Troisièmement, les participants se sentent engagés à l'entente de IISF. En effet, ces derniers signent une entente stipulant qu'ils doivent apporter des dons de médicaments. Pour eux, cette entente est un engagement entre IISF et le partenaire et ils doivent la respecter : « Ils ont des attentes, ils veulent des... qu'on amène des médicaments. (Trésorier IISF, L63) ». Dans ce contexte, les coopérants ne se voient pas arriver sans dons et trouvent important de continuer à en apporter, comme l'exprime ce coopérant : « C'est important d'en amener [des médicaments] compte tenu de l'historique, ça serait bizarre si on arrivait avec rien. Ils s'attendent à avoir quelque chose, pis c'est correct. (Coopérant #10, L633) ».

4.14.4 Donner pour faciliter la prescription des coopérants

La quatrième perception attribuée au don de médicaments est de donner pour faciliter la prescription des coopérants. Ces dons sont ici considérés par les participants comme un outil de travail afin que les coopérants soient en mesure de prescrire des traitements pharmacologiques lors de leurs activités cliniques : « Si on n'a pas de dons, on peut pas faire de soins (Pharmacien-conseil IISF, L266) », « Bon matériel, bons examens, bonne mission. Si t'as pas de matériel, tu peux pas là. (Responsable de groupe #9, L242) ».

Une autre dimension à cette perception de donner pour faciliter la prescription est que la prescription des médicaments canadiens est plus aisée pour les coopérants. Selon les participants, prescrire des médicaments canadiens est plus facilitant et diminue le risque d'erreurs de prescription puisque les médicaments sont connus.

Si moi j'ai mes médicaments que je suis à l'aise de manipuler là-bas, je vais être plus à l'aise d'utiliser ça, je serai plus efficace, il risque d'avoir moins d'erreurs, il pourrait avoir des erreurs aussi si c'est des produits qu'on connaît moins. Donc je crois que pour l'équipe canadienne, c'est des produits plus canadiens qu'on utilise, c'est préférable d'y aller avec nos vieux souliers. (Pharmacien-conseil IISF, L513)

C'est une bonne idée d'apporter des dons de médicaments surtout parce que les médicaments qu'y ont ici on les connaît pas nécessairement. (...) on est habitué à certains médicaments par exemple les douleurs musculaires on avait du Voltaren® (...) c'est des médicaments qu'on connaît plus qu'on est plus porté à prescrire. (Responsable de groupe #7, L16)

4.14.5 Synthèse des perceptions de l'acte de donner des médicaments

La première thématique de ce chapitre a décrit les différentes perceptions entourant l'acte de donner des médicaments. Quatre principales perceptions se dégagent des propos des participants. Premièrement, les participants considèrent que les dons de médicaments permettent de répondre aux besoins des bénéficiaires. Ils sont alors perçus comme étant une manière d'apporter une aide nécessaire, essentielle, utile et qui doit être en quantité maximale. Cette perception semble s'inscrire dans une image positive des participants de leur rôle de donateur et dans une image négative de la position des donataires en attente de l'aide, et ce, tant pour les participants québécois que sénégalais. La deuxième perception est celle de donner par altruisme. Perçus comme un geste de générosité et de partage des

ressources dans un contexte d'inégalités socioéconomiques, les dons de médicaments sont associés à un sentiment de justice chez les participants. La troisième perception est celle de donner par redevabilité. Les dons de médicaments constituent pour les participants une forme de remerciement pour le personnel du Poste de Santé en échange de l'accueil et de l'impact des coopérants dans le milieu. Aussi, ces dons sont une manière de respecter l'engagement de l'entente préétablie entre IISF et son partenaire. La quatrième et dernière perception de l'acte de donner des médicaments est celle de donner pour faciliter la prescription des coopérants. Les dons de médicaments sont ici perçus par les participants comme un outil de travail indispensable, facilitateur et sécuritaire.

4.15 Perceptions sur l'expérience des dons de médicaments lors de la trajectoire

La seconde thématique approfondie dans ce chapitre concerne les perceptions des participants sur leur expérience avec les dons de médicaments lors de la trajectoire. Pour ces derniers, les étapes les plus significatives de leur expérience sont : la formation prédépart, la collecte, la préparation des valises, la donation et la gestion locale.

4.15.1 Formation prédépart : sensibilisation aux bonnes pratiques des DM

La formation prédépart est perçue par les participants comme l'occasion de sensibiliser les coopérants aux bonnes pratiques des dons de médicaments. Par exemple, lors de la formation en 2016, le président de IISF a sensibilisé les coopérants aux conséquences potentielles des dons de médicaments et de la coopération internationale : « je veux vous conscientiser aux potentielles conséquences de la coopération internationale, ça va peut-être péter votre *balloune* ». Parmi les thèmes évoqués, il y a eu « il vaut mieux apprendre à pécher que de donner de l'argent bien que les bénéficiaires demandent souvent de l'argent », que « l'humanitaire, ce n'est pas de sauver le monde, c'est un cliché de l'humanitaire » et qu'il croit davantage au renforcement des capacités du partenaire : « le *capacity building*, c'est la meilleure façon d'aider ». Il a ensuite abordé le sujet des dons de médicaments en donnant des exemples de mauvais dons de médicaments. Puis il a questionné les coopérants sur leur motivation à faire des dons : « Est-ce pour votre satisfaction personnelle? Votre fierté? ». Enfin, il a expliqué que le milieu a des attentes de recevoir des dons et qu'ils seraient le principal avantage du partenaire à recevoir des coopérants car les coopérants travaillent lentement et ne sont pas efficaces en clinique.

Pour le président de IISF, il est essentiel d'aborder les dons de médicaments lors de la formation prédépart : « Comme organisme, on se fait le devoir d'enseigner, d'expliquer, former les futurs coopérants entre autres sur les dons de médicaments et c'est pas simple. (L300) ». Pour lui, la formation prédépart est l'occasion d'amener un changement d'attitudes et de comportements, mais il est difficile de convaincre les coopérants aux bonnes pratiques des dons surtout si cela vient à l'encontre de leurs croyances.

C'est pas tout de former une fois, d'être devant un groupe et leur dire « voici les normes... ». Avant de provoquer le changement à l'intérieur de soi, ça prend du temps, c'est pas calculé dans les heures de formation, c'est ça le défi, de les convaincre que nos procédures sont les meilleures. (...) Pis si à l'intérieur d'eux, je dirais dans leur cœur, s'ils sont pas convaincus de ça, ils vont peut-être essayer des petites passes. Nous avons des groupes, en tout cas, avant la formation je sais que ça s'est fait, qui ont amené des médicaments qui n'avaient pas d'affaires là. (...) C'est un grand défi de leur dire de ne pas faire ça. (Président IISF, L903)

4.15.2 Collecte des médicaments : sensibilisation à la coopération internationale

La collecte des dons de médicaments est perçue comme une étape qui fait partie de l'expérience de coopération pour les coopérants. En effet, leurs propos indiquent que l'ensemble du processus de collecte est une source de motivation dans la préparation de leur MMCT.

C'est des défis que les filles se donnent, qui va en chercher le plus, (...) c'était la fierté que je pouvais lire sur Facebook « moi y en a un qui m'a donné ça, c'est incroyable ». (...) Beaucoup sont bien motivées [d'avoir reçu des dons]. (Responsable de groupe #9, L242)

Bien que complexes, les démarches de collecte sont perçues comme faisant partie de l'expérience globale humanitaire et sont une étape essentielle à la préparation.

La démarche m'a appris plein d'affaires, si j'avais pris la voie de la facilité (en faisant un don de 50\$) j'aurais pas eu ces gains-là (...) même si c'était un parcours un petit peu plus difficile c'est vrai que ça fait partie de la préparation pis de la compréhension de la complexité des fois de l'aide humanitaire. (Coopérant #30, L770)

C'est un peu un incontournable que quand tu t'en vas dans un autre pays pour faire du soutien humanitaire (...) Un coopérant humanitaire qui est pas

au courant de comment ça marche les médicaments c'est comme si y manquait un morceau, en tout cas moi. (Coopérant #29, L779)

4.15.3 Préparation des valises: voir le fruit de leurs efforts

Selon les propos des participants, l'étape de la préparation des valises contribue positivement à l'expérience des coopérants. Ces derniers soulignent que c'est à ce moment précis que le groupe constate visuellement le fruit de leurs efforts : « C'est là qu'on voit comme tout le processus on a ramassé des dons. (...) C'est de voir l'évolution de tout le temps qu'on a mis dans la campagne [de collecte] (Coopérant #34, L68) : »; « Quand j'ai vu tout ce que j'ai apporté « crime, j'ai quand même apporté beaucoup! » ça m'a permis de voir que mes efforts ont porté fruits puis qu'on avait beaucoup à apporter à eux autres. (Coopérant #33, L82) ». D'ailleurs, les faits relatés par le groupe collégial sur la quantité importante de médicaments qu'ils apportent au Sénégal semblent correspondre avec la perception de fierté et de satisfaction qu'ils entretiennent.

Je vois que mes efforts ont porté fruits. Parce que si j'avais mis tous ces efforts-là pis que ça aurait rien donné, j'aurais été déçue. Mais là j'ai le sentiment de satisfaction. On a tous vu, pas juste moi tout le groupe, que ça a abouti à quelque chose, tous nos efforts que tout le monde en a bénéficié pis on n'est pas allé cogner aux portes des pharmacies pour rien, oui on était gêné, oui on était tanné de solliciter le monde mais quand on voit ce que ça donne on oublie tous les efforts que ça prend. Juste de voir ce que ça donne c'est assez pour nous faire oublier tout le reste. (Coopérant #36, L114)

4.15.4 Donation : croisement des attentes

Les résultats mettent en évidence l'importance que revêt l'étape de la donation pour les participants. En effet, l'analyse des données révèle que pour les participants, la donation est le moment-clé où se croisent leurs attentes avec celles des responsables locaux. D'une part, les coopérants ont des attentes de reconnaissance, d'autres part, le partenaire exprime lors de la donation sa satisfaction ou sa déception sur les dons reçus. Les coopérants sont ainsi témoins de la satisfaction ou de la déception du partenaire.

4.15.4.1 Être témoin de la satisfaction du partenaire

Les responsables de groupe et les coopérants sont témoins de la satisfaction du partenaire lorsque les dons de médicaments répondent ou dépassent leurs attentes. Cette satisfaction

s'exprime dans les discours lors de la donation. En guise d'exemple, voici un extrait du discours du Président du Comité de santé lors de la donation du groupe Professionnel.

(...) des mots de remerciements pour témoigner que vraiment tout ce que vous avez apporté est utile pour le Poste de santé mais aussi pour la communauté, pour la population. Vraiment on est très reconnaissant vraiment à travers les gestes humanitaires qui ont été faits. (Président du Comité de santé, 10 juin 2017)

Les responsables de groupe et les coopérants sont marqués positivement par ces discours notamment parce qu'ils prennent conscience que leurs dons répondent aux attentes : « Ils ont vraiment été contents (...) y étaient heureux. (Responsable de groupe #2, 15 septembre 2017, L80) », « [L'infirmier-chef de Poste] était très satisfait de tout ça pis y nous l'a dit à maintes reprises pis ça paraissait il semblait, en tout cas y était bien contents (Responsable de groupe #4, 26 février 2018, L32) ». D'ailleurs, les propos relatés par les responsables de groupe et les coopérants sur l'expression de la satisfaction du partenaire au moment de la donation indiquent qu'il est important lors de la donation de voir la réaction des bénéficiaires : « On était contentes, malgré la fatigue, on jubilait, et de voir leur réaction aussi, ça été extraordinaire. (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017, L141) », « Juste le voir les visages, on ouvrait les valises y'étaient super contents, nous ça nous apporte. (Coopérant #42, L70) ». Cette appréciation semble correspondre avec les perceptions de fierté et de gratification qu'ils entretiennent. Par exemple, une responsable d'un groupe a été positivement marquée par cet effet : « Ça a fait l'effet d'une bombe. Ça vraiment été extraordinairement bien accueilli. (Responsable de groupe #11, L152) ». Pour elle, voir la satisfaction des bénéficiaires confirme que les dons répondent aux attentes du partenaire. Cette satisfaction lui a fait vivre un moment émotionnellement fort.

Ah! Ça paraissait dans les visages, les gens y avait une excitation y avait vraiment une fébrilité dans l'air, c'était facile à croire ce qu'ils disaient c'était « les dons qu'on a reçu que vous nous avez apportés c'est incroyable, c'est indescriptible à quel point on est heureux de ça et ça correspond en tout point à nos besoins, soyez très rassurés que ça va être très utile pour la population et tout et tout, » c'est très facile à croire, y avait un visage, tout le monde pas juste la personne qui fait le discours mais tout le monde autour, les gens étaient extrêmement fébriles, ils se parlaient entre eux, y pointaient des choses, c'était vraiment un beau moment c'était assez même, c'était émouvant. (...) c'était pas nous autres qui recevaient pis on était tous excités

pis là de les voir si contents, si heureux. On a été sur le *high* pendant à peu près 4 heures de temps à s'en reparler pis on était fier de nous d'avoir amené tous ces médicaments-là, je pense que c'est vraiment, c'est à vivre. (Responsable de groupe #11, L215)

Pour les responsables de groupe et les coopérants, lorsque les dons répondent aux attentes, la donation est un moment important de valorisation et de gratification permettant de fermer la boucle au processus de collecte des dons.

Je pense que tout le monde a été extrêmement fier, c'était vraiment ça, ça fait comme « aie wow! ». C'est beau d'aller aider, mais je pense que d'aller porter des médicaments c'est quelque chose d'autant valorisant que de passer la semaine là-bas. Je pense que les deux moments valorisants ça été la semaine pour aider là-bas mais aussi juste d'apporter les médicaments. (Responsable de groupe #11, L224)

Pour nous, ce qui est gratifiant au maximum, c'est d'arriver avec ces valises de dons, c'est significatif pour nous. (...) mais les dons qu'on fait c'est probablement ce qu'il y a de plus gratifiant effectivement. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L563)

4.15.4.2 *Être témoin de la déception du partenaire*

Lorsque les dons de médicaments ne répondent pas aux attentes, des responsables de groupe et des coopérants sont témoins de la déception du partenaire. Cette expérience est vécue négativement comme l'expriment ces participants.

Je sais que y a eu une déception prime abord quand y ont réalisé que toute la gang on avait en grosse partie du matériel scolaire au lieu de médicaments, je sais qu'y a eu une déception face à ça. On nous l'a dit clairement verbalisé. (Responsable de groupe #1, L533)

Ils ont été satisfaits, mais peut-être pas grandement (rire) y avait peut-être trois valises qui étaient pour [le Poste de santé] sur les 11 valises, y en avait pas la totalité pis aussi, c'était pas tant le matériel, mais plus qu'y avait pas de médicaments. Ça je pense qu'y auraient aimé voir qu'on avait apporté de la médication. (Responsable de groupe #4, 30 janvier 2017, L373)

Voir la déception du partenaire est ainsi vécu comme un échec. L'échange ci-dessous illustre comment les responsables d'un groupe ont ressenti de la tristesse et de la colère lorsqu'elles ont constaté ne pas avoir ciblé adéquatement les besoins du partenaire.

Ça été une tristesse parce qu'on avait pas visé dans le mille, pis ... on pensait bien faire ... (Responsable de groupe #2, 10 février 2017, L343)

Là quand on a vu la réaction de [l'infirmier-chef] pis c'est pas qu'y a été méchant ou quoi que ce soit, mais lui il a été déçu, pis nous... un peu fâchées de la situation. Je te dirais à la limite on a dit « là, ça marche pas là ». (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L345)

Cette déception devient motrice pour encourager les groupes à changer de stratégies et mieux répondre aux besoins du partenaire l'année suivante.

Ca été une déception en soi, c'était notre première expérience au Sénégal, mais quand les valises [l'infirmier-chef les a ouvertes] ... ça pas été « wow » (rire). Y a eu une grande déception là pis effectivement on l'a senti, on l'a entendu, il nous l'a expliqué de long en large, (...) on a bien senti qu'y avait quelque chose-là qui fallait qui change aussi à ce niveau-là. (...) C'est suite à ça que nous on s'est dit « il faut absolument dans une prochaine année essayer d'avoir des dons vraiment qui répondent à leurs besoins ». (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L327)

4.15.5 Gestion locale : source de confiance et méfiance

L'étape de la gestion locale des dons de médicaments est méconnue des participants. Par conséquent, différentes perceptions de confiance et de méfiance en la gestion des médicaments par le partenaire émergent de leurs propos.

De manière générale, les participants se disent confiants en la gestion des dons de médicaments. Pour le président de IISF, leur partenaire en fait une gestion adéquate : « Moi je suis heureux d'aller dans un dispensaire où ils sont honnêtes, ça va bien, on a décelé aucun problème (...) le Comité de santé est capable de faire une bonne gestion. (L925) ». De même, les responsables de groupe ont confiance dans l'honnêteté du partenaire et croient que les dons sont utilisés à bon escient.

Je crois que les gens qu'en général sont quand même honnêtes, je crois qu'ils sont conscients des efforts pis des démarches qu'on entreprend pour venir les aider, je crois pas qu'ils peuvent nécessairement tout jeter, ou pas utiliser le matériel qu'on a apporté ou les médicaments. (Responsable de groupe #8, L139)

J'ai comme pas de doute qu'ils vont être bien utilisés, (...) mais j'ai confiance en lui, vous avez confiance en lui, j'ai confiance [au

coordonnateur national] étant donné que le réseau est quand même petit j'ai pas l'impression que j'ai donné ça à un inconnu dont je me questionne à savoir est-ce qu'il va utiliser ça à bon escient? J'ai une confiance je te dirais aveugle que ça va être, il va bien le gérer. (...) Lui ça a l'air d'être quelqu'un de très bonne conscience, je me suis même pas questionnée à savoir si ça allait être mal utilisé, je suis convaincue que ça allait être bien utilisé. (Responsable de groupe #11, L457)

Les patients ont également la perception que les dons de médicaments sont gérés adéquatement par le Poste de santé car « ils reviennent à la population » et ceux-ci ont été revendus à prix modique : « Les médicaments n'étaient pas chers. (Patient #9, L32) ».

Je remercie aussi le Poste, parce que tout ça, c'est à cause du personnel du Poste. Le personnel du Poste pouvait détourner ces médicaments, sans qu'on ne soit au courant de rien. Mais il ne l'a pas fait. Tous les médicaments nous reviennent. (Patient #3, L104)

D'un autre côté, certains participants expriment leur méfiance en la gestion locale. Cette méfiance s'appuie sur leurs expériences dans d'autres milieux où ils ont été témoins de mauvaises pratiques ou encore parce qu'ils ont entendu des histoires ou parce qu'ils croient que ce n'est pas parce qu'il y a des normes que celles-ci sont respectées.

Parce que pour avoir été [Pays X] plus qu'une fois, j'ai vraiment eu le temps d'être observateur, pis iiiiii, ça s'en va pas toujours où est-ce qu'il faut. Vu que je l'ai constaté, je me fais pas à croire d'histoires de conte de fées, je pense que ça doit aussi arriver ailleurs. Même si les intentions derrière sont bonnes, je pense que ça s'en va pas toujours aux places qu'on voudrait que ça aille. Alors est-ce que je veux jouer à la police? non. Mais ça serait le fun de savoir plus qu'est-ce qui se passe. (Responsable de groupe #1, L806)

Ici, chacun dans leur Poste de santé, les gens font aussi comme ils le souhaitent. On sait très bien que c'est pas parce que y a un règlement qu'il est nécessairement respecté. (Coopérant #29, L647)

Des coopérants ont aussi l'impression que leurs dons ne sont pas utilisés durant leur présence et se questionnent sur comment ils le sont après leur départ. Par exemple, l'infirmier-chef a dit aux coopérants du groupe Universitaire qu'il redistribuerait une partie des dons de médicaments à un autre Poste à proximité du village, mais les coopérants n'ont

pas vu cette donation et sont méfiants : « [L'infirmière-chef de l'autre Poste] n'en a pas eu, moi je suis convaincue qu'elle aura rien. (Responsable de groupe #10, L312) ».

Il ressort de l'analyse des données une autre perception plus nuancée sur la gestion locale. Certains participants sont ambivalents entre des attitudes de confiance et de méfiance. Ils font confiance au partenaire mais sont aussi craintifs qu'une personne ou qu'une administration en profite au détriment de la population.

Mon inquiétude étant toujours là, j'espère que personne se fait du profit sur le dos de ceux qui en ont vraiment besoin (...) à chaque fois j'ai toujours un petit « j'espère que je ne me suis pas fait avoir »! J'ai confiance là, j'ai une confiance aveugle aux gens, mais à chaque fois je me dis « ah seigneur, j'espère que... », j'espère, pis des fois on entend qu'il y a plein de dons qui sont donnés, mais que tout le monde se garde une partie de l'argent, l'administration, si c'est ça, donc j'espère dans ma naïveté que tout se fait selon les règles de l'art, dans une partie, dans une sphère qu'on ne connaît. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L545)

Ce rapport de confiance semble lié au manque d'informations sur les modalités de la gestion des médicaments après le départ des MMCT. Par exemple, pour cette responsable de groupe, le processus de gestion locale manque de clarté et elle se sent méfiante.

j'imagine qu'ils gèrent ça convenablement entre eux et de façon équitable en tout cas, c'est ce que je souhaite, je ne sais pas si c'est ce qui se passe un coup qu'on ait quitté le terrain. Mais je ne sais pas quoi, on dirait que c'est comme pas clair. J'espère qu'ils utilisent les médicaments de façon convenable, qu'ils utilisent à pleine capacité, qu'ils ne finissent pas dans les poubelles. Je ne sais pas? (Responsable de groupe #8, L132)

Ce sentiment de méfiance des participants s'atténue lorsqu'ils sont informés des modalités de la gestion des dons. Par exemple, les responsables du groupe Collégial qui en étaient à leur troisième MMCT au Sénégal affirment que le fait d'avoir vu et d'avoir reçu des informations par l'étudiante-chercheuse sur comment fonctionnait la pharmacie du Poste les avait rassurées sur la rigueur de la gestion locale.

Tu nous as montré beaucoup comment la pharmacie fonctionnait au niveau du comptage des médicaments, y a un inventaire qui se fait, y a un beau suivi, y a un gros suivi aussi de fait par le personnel qui est là, ça semble assez rigoureux comme inventaire. (Responsable de groupe #2, 23 mai 2018, L287)

D'avoir compris effectivement tout l'inventaire qu'ils tenaient tu vois ça je n'étais pas au courant de tout l'inventaire, mais ça je trouve ça rassurant de savoir combien y en donnent, combien qu'y en reste, ça c'est quelque chose qu'on ne connaissait pas pis que c'était, la pharmacie nous c'était vraiment de l'inconnu, nous en tout cas on ne l'avait jamais utilisée. Cette année ça été un plus pour comprendre le fonctionnement. (Responsable de groupe #3, 23 mai 2018, L568)

4.15.6 Synthèse des perceptions sur l'expérience des dons de médicaments lors de la trajectoire

Cette seconde thématique a présenté, à partir des propos des participants, comment certaines étapes de la trajectoire des dons de médicaments sont perçues significatives à leur expérience avec les dons de médicaments. D'abord, la formation prédépart apparaît comme un moment opportun pour sensibiliser les coopérants aux bonnes pratiques des dons de médicaments, mais que celle-ci peut se heurter à leurs croyances erronées. Ensuite, la collecte des dons de médicaments constitue une source de motivation pour le groupe et comme un élément inhérent de l'expérience humanitaire tel un passage obligé duquel les coopérants tirent des apprentissages et des prises de conscience. Puis, la préparation des valises est un moment significatif permettant aux coopérants de voir le fruit des efforts investis dans les démarches de collecte et d'en éprouver un sentiment de fierté. Dans la continuité, lors de la donation, les résultats mettent en lumière le croisement des attentes des coopérants et des bénéficiaires. En effet, ce moment est apparu pour les premiers comme l'occasion de recevoir la reconnaissance des bénéficiaires. Toutefois, voir la déception du partenaire sur les dons a été vécue plus négativement. Enfin, la gestion locale est une étape significative pour les participants car elle suscite diverses perceptions de confiance et de méfiance à l'égard du partenaire.

4.16 Perceptions d'un bon et d'un mauvais don de médicaments

La troisième thématique abordée dans ce chapitre est la perception des participants sur les critères d'un bon et d'un mauvais don de médicaments. De leurs propos, se dégagent cinq perceptions : (1) l'utilité, (2) la quantité, (3) l'efficacité, (4) la péremption et (5) le respect des normes. Ces perceptions sont synthétisées dans un tableau à la fin de cette section.

4.16.1 Utilité

La première perception soulevée par les participants pour qualifier un don de médicaments est le critère d'utilité. Cette perception apparaît comme étant la plus importante. De manière unanime, les participants considèrent qu'un bon don de médicaments est composé de médicaments utiles. Selon les administrateurs de IISF, un bon don de médicaments est celui qui répond à un besoin exprimé, qui est basé sur les besoins réels et qui est déjà utilisé sur place. Par exemple, le médecin-conseil de IISF explique.

C'est toujours je pense, d'après notre expérience, d'aller avec les besoins du milieu, avec les médicaments souvent de base qu'on peut amener et que le milieu où on fait nos missions connaît ces médicaments là et que ça va être utile pour eux. Alors toujours partir des besoins et des souhaits des différents dispensaires qu'on va visiter. (Médecin-conseil IISF, L126)

L'importance de l'utilité est aussi soulignée par les bénéficiaires. Pour l'infirmier du Poste, les médicaments doivent concorder à leurs protocoles thérapeutiques : « Un bon don de médicament c'est un don de médicaments qui au niveau structure on utilise. (Infirmier local, L341) ». Pour d'autres bénéficiaires, les médicaments doivent correspondre au profil épidémiologique local : « Des médicaments pour les vers, le palu, la toux et tous les médicaments utiles pour la santé. (Patient #1, L65) ».

Le bon don de médicaments c'est surtout pour moi avoir le faciès épidémiologique de la région de la localité et donner ces médicaments qui sont en rapport avec ces pathologies. Quand vous le faites, quand les médicaments arrivent et qu'ils ont une bonne durée de vie et c'est sûr que même s'il y a une péremption, y a moins de danger parce que les médicaments seront utilisés. (Pharmacien coordonnateur PRA, L205)

D'autres caractéristiques sont soulevées par les participants en lien avec la perception de l'utilité. Par exemple, certains formats de médicaments sont plus utiles pour la préparation par les dépositaires. En effet, les petits formats pour les médicaments en suspension et les comprimés emballés individuellement (*blisters*) sont plus faciles à utiliser pour des raisons d'hygiène et de rapidité de préparation, comme l'explique l'infirmier-chef de Poste.

Je pense que pour le paracétamol avec les flacons de 100ml ou bien 150 ml c'est mieux que de donner des bouteilles comme ça [500 ml]. Parce que d'un moment donné on ne peut pas tout donner pour 2 semaines et si ça

reste, s'il y avait d'autres [petits] flacons, les autres on les a déjà donnés, mais pour le dernier là ça peut durer, bon je fais attention je vais pas le donner comme ça parce que je sais pas si ça continue à être bon ou pas. (Infirmier-chef de Poste, 29 novembre 2017, L194)

D'ailleurs, l'appréciation des dons de médicaments par le partenaire s'appuie sur cette perception de l'utilité. En effet, lorsque la Liste est respectée, qu'il y a une variété de médicaments et que ça répond à leurs besoins, ils sont davantage satisfaits des dons reçus.

D'un autre angle, tous les participants évoquent qu'un mauvais don de médicaments est lorsque les médicaments ne sont pas utilisés ou ne correspondent pas aux besoins exprimés par le partenaire. Par exemple, un mauvais don serait lorsqu'un donateur donne ce qu'il pense être bien mais sans considérer la perspective des bénéficiaires.

C'est que quand t'amène quelque chose que y ont pas besoin ou c'est pas ça qui veulent, c'est pas bien, ça a l'air d'être bien fait, toi t'as l'impression de bien faire « je donne pis sont mieux d'être contents, pis à eux autres de gérer ça ». (Coordinatrice siège social IISF, L273)

Globalement, les participants décrivent un mauvais don de médicaments comme étant celui où les médicaments « ne sont pas utiles », « ne serviront pas », que « la population n'a pas besoin », qui « ne répondent pas à leur réalité, à leurs pathologies », qui sont « jetés, gaspillés » et qui contribuent à un fardeau de gestion et de destruction pour le partenaire.

4.16.2 Quantité

La quantité est la deuxième perception ayant émergé des propos tenus par les participants pour qualifier un don de médicaments.

Un premier point de vue partagé par la majorité des participants est que plus la quantité de médicaments est importante, meilleur est le don. Ainsi, le bon don de médicaments est lorsque la quantité de médicaments est suffisante, appropriée, voir sans limite : « [Un bon don de médicaments c'est] d'apporter le plus de valises possibles. (Responsable de groupe #4, L285) ». Des responsables de groupe ont l'impression qu'une grande quantité de médicaments assure un approvisionnement régulier de la Pharmacie. Dans le même sens, l'infirmier-chef et les prescripteurs locaux précisent avoir besoin d'une grande quantité de

médicaments et que, pour eux également, il n'y a pas de limite à la quantité de médicaments remis en dons : « C'est toujours utile (Infirmier-chef de Poste, L515) ».

Un Poste de santé a toujours besoin de médicaments. On ne peut pas avoir une quantité qui est suffisante. (...) Mais jusqu'à présent, tout on a besoin. Le besoin est là. Et si ça augmente, si la quantité augmentait aussi on dirait rien. (Infirmier local, L208)

D'ailleurs, l'appréciation des dons de médicaments par le partenaire s'appuie sur cette perception de quantité. En effet, les bénéficiaires ont exprimé leur satisfaction aux groupes ayant remis une quantité supérieure de médicaments comparativement à d'autres groupes de IISF. Par exemple, suite à la donation du groupe Collégial, le dépositaire a partagé son contentement à l'étudiante-chercheuse.

Parce que vraiment, vous [groupe avril 2018] êtes venus avec beaucoup de médicaments, nous sommes très contents. (...) Mais vraiment, cette année-ci, vous êtes venus avec beaucoup de médicaments, des médicaments qui correspondent avec nos médicaments vraiment. (Dépositaire, L3)

Toutefois, pour certains administrateurs de IISF, une trop grande quantité de médicaments n'est pas souhaitable. À cet effet, le pharmacien-conseil de IISF mets en garde contre la surabondance de médicaments où des coopérants peuvent avoir le réflexe de remplir les valises avec n'importe quels médicaments « juste pour les remplir ». Cette perception est partagée par les coopérantes du groupe Professionnel qui ont vu une accumulation de dons de matériel médical remis par les anciens groupes de IISF et laissés « à l'abandon » dans une pièce du Poste. Elles disent avoir eu conscience des conséquences d'une trop grande quantité de dons surtout lorsqu'ils ne sont pas spécifiques aux besoins : « On peut dire que le ménage du dépôt nous a fait comprendre que les dons y fallait que ce soit très spécifique hein!?! (Coopérant #32, L1247) ». Pour elles, une surabondance de dons inutiles crée des problèmes de stockages et de gestion.

D'un autre point de vue, les responsables locaux sont déçus lorsqu'ils reçoivent une faible quantité de médicaments et que le groupe est nombreux. Par exemple, après la donation du groupe Universitaire (28 coopérants), l'infirmier-chef de Poste a exprimé sa déception à l'étudiante-chercheuse en constatant que parmi les 28 valises de dons, il n'y avait qu'une

valise de médicaments, et ce, malgré le don monétaire du groupe pour compenser la faible quantité de médicaments.

Dans les valises, le nombre de médicaments (petit rire) qui sont là vraiment est quasiment très très très faible par rapport au lot de matériel parce que si on prend 30, 29 valises le tout des médicaments qu'on peut dire qui sont dans nos listes de médicaments qu'on peut utiliser, ça peut être contenu dans une seule valise. (Infirmier-chef de Poste, 23 mai 2017, L56)

Un autre exemple concerne le groupe de janvier 2018. En effet, bien que ce groupe ait acheté ses médicaments à un organisme fournisseur, la quantité reçue était inférieure aux attentes de la responsable de groupe et du partenaire. Ce dernier explique à l'étudiante-chercheuse sa déception.

Ils avaient amené des médicaments qui étaient utiles, mais la quantité n'était pas aussi importante (...) C'était juste une quantité qui pouvait contenir dans une valise. C'était des valises remplies à un quart. Je pense qu'elles étaient 10 (...) quand on dit que normalement l'équipe doit amener 4 ou 5 valises, ça doit être des valises qui sont pleines de médicaments. Mais si c'est des valises qui en fait si on enlève tout ce qui est dans les 5 valises, ça ne peut remplir qu'une valise. (...) Là aussi ça pose problème, alors qu'il n'y avait pas de complément [monétaire] aussi pour les valises. Les gens ont jugé que vraiment, ils avaient amené de bons médicaments. Il faut amener de bons médicaments, mais aussi à de bonnes quantités. (Infirmier-chef de Poste, 3 avril 2018, L24)

4.16.3 Efficacité

L'efficacité est la troisième perception identifiée par les participants pour qualifier le don de médicaments. De manière générale, les participants considèrent qu'un bon don de médicaments est composé de médicaments efficaces. Plus spécifiquement, selon le pharmacien-conseil de IISF, les bons médicaments sont ceux qui ont les qualités de « simplicité, stabilité, efficacité et performance ». Dans le même sens, le médecin-conseil recommande de cibler : « des médicaments à posologie simple, non toxiques et pas dangereux pour question d'erreurs médicamenteuses (L325) ». Pour les bénéficiaires, un bon don de médicaments est lorsque les médicaments sont efficaces et qui « permettent de guérir ». Enfin, un mauvais don de médicaments est lorsque le médicament comprend des effets secondaires importants et qui n'est pas performant.

4.16.4 Péréemption

La quatrième perception ayant émergé des résultats pour qualifier un bon ou un mauvais don de médicaments est la péréemption. De manière univoque, les propos des participants indiquent qu'un bon don de médicaments est composé de médicaments non périmés et que donner des médicaments périmés est un mauvais don. Les administrateurs, les responsables de groupe et les coopérants ont mentionné que les médicaments périmés sont un mauvais don : « Y faut pas amener des médicaments périmés (Administrateur #4, L225) » et que ça ne faisait pas de sens de remettre des médicaments périmés : « Les choses passées date moi dans ma tête ça n'a aucun sens. (Responsable de groupe #1, L131) ». Cette perception est partagée par les bénéficiaires : « L'essentiel que ça soit des produits (...) dont les dates d'expiration ne sont pas dépassées (Président du Comité de santé, L152) », « C'est aussi faire un don de médicaments périmés, qui ne peuvent soigner personne. (Patient #8, L67) ». De plus, certains participants ont l'impression que donner des médicaments périmés induit un double standard de qualité : « Au niveau justement de la péréemption, on donnerait pas quelque chose qu'on prendrait pas nous-même (Coopérant #31, L180) », « On veut même pas utiliser nous-même, pourquoi qu'on l'enverrait ailleurs? C'est la même chose, y est rendu périmé là-bas pareil. (Responsable de groupe #6, L532) ». Aucun propos des participants n'indique que les médicaments périmés peuvent être de bons dons.

4.16.5 Conformité aux normes de qualité

La cinquième et dernière perception identifiée par les participants est la conformité aux normes de qualité. Différentes normes ont été citées par ces derniers. D'abord, les normes de présentation où les médicaments doivent être écrits dans une langue comprise par les bénéficiaires et doivent être dans leur emballage d'origine. Ensuite, le respect des normes sénégalaises est évoqué par les responsables locaux travaillant à la PRA. Pour eux, un bon don de médicament est celui qui suit le circuit de contrôle : « Un bon don de médicament, ça doit passer par le circuit normal (Pharmacienne responsable PRA, L322) ». Selon elle, les médicaments qui ne sont pas contrôlés par les autorités ne sont pas de bons dons car ils risquent d'être confisqués lors d'une supervision et ne pourront pas servir à la population. Enfin, un bon don doit respecter les normes locales c'est-à-dire être adapté au niveau technique du Poste. Par exemple, un participant a expliqué l'importance de respecter les médicaments demandés par le partenaire car ce dernier sait quels médicaments il a

l'autorisation de détenir au Poste : « Pour ce qui est des médicaments à apporter, il faut voir cela avec l'infirmier-chef de Poste. Il sait les médicaments qui sont sollicités ici. (Pharmacien coordonnateur PRA, L211) ». Les normes de conservation apparaissent aussi importantes à tenir compte dans la sélection des médicaments.

4.16.6 Synthèse des perceptions des participants sur les bons et mauvais dons de médicaments

Cette troisième thématique a présenté les perceptions des participants sur un bon et un mauvais don de médicaments. Celles-ci sont synthétisées dans le tableau suivant.

Tableau 4.20

Synthèse des perceptions des participants sur les bons et mauvais dons de médicaments

Perceptions	Bons dons de médicaments	Mauvais dons de médicaments
Utilité	<ul style="list-style-type: none"> • Basés sur les besoins • Adaptés au profil épidémiologique • Format pratique • Variété 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne répondent pas aux besoins /gaspillés • Inadaptés au profil épidémiologique
Quantité	<ul style="list-style-type: none"> • Grande quantité • Quantité appropriée 	<ul style="list-style-type: none"> • Trop faible quantité • Surabondance
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Molécules simples, stables et performantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Effets indésirables • Non performants
Péremption	<ul style="list-style-type: none"> • Non périmés 	<ul style="list-style-type: none"> • Périmés
Normes	<ul style="list-style-type: none"> • En français, emballage d'origine • Respect du circuit normal de contrôle • Adaptés au niveau technique du Poste • 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments confisqués car non-respect du circuit de contrôle normal

4.17 Perceptions des conséquences des dons de médicaments

La quatrième et dernière thématique est la perception des participants sur les conséquences des dons de médicaments. Il se dégage des résultats trois catégories de conséquences : (1) symboliques, (2) économiques et (3) thérapeutiques. Les résultats de cette thématique sont résumés à la fin de cette section.

4.17.1 Conséquences symboliques

Concernant les conséquences symboliques, trois thèmes émergent de l'analyse des données : (1) promotion de IISF et du partenaire, (2) objet de tensions chez les bénéficiaires et (3) survalorisation des médicaments canadiens. Pour chacun de ces thèmes, des perceptions, positives et négatives, sont identifiées et détaillées ci-dessous.

4.17.1.1 Promotion de IISF et du partenaire

Les participants ont la perception que les dons de médicaments contribuent à la promotion de IISF en projetant l'image d'un organisme sérieux : « Ça montre un petit peu le sérieux de l'organisation (Pharmacien-conseil IISF, L448) ». D'ailleurs, une responsable de groupe a été témoin de cette image positive de IISF, où après avoir remis les dons, les bénéficiaires ont attribué les dons à l'organisme et non pas au groupe.

[Les responsables locaux] ont passé la semaine à remercier IISF. C'est « Merci IISF pour les beaux médicaments » moi ça m'a pas du tout insultée mais ça vous fait une belle publicité aussi pour vous qu'on amène autant de médicaments c'est gagnant pour vous parce que vous allez un peu chercher de ce crédit-là. (Responsable de groupe #11, L524)

Cette image positive de IISF associée aux dons de médicaments se reflète aussi dans la réputation de l'organisme et du Poste de santé dans le village et à l'extérieur du village, comme le reconnaît ce patient.

C'est une très bonne chose pour le Poste. Parce que moi, je bouge beaucoup ; il m'arrive d'aller jusqu'à la commune de Dar és Salam, mais j'entends dire que les toubabs font du bon travail. Et pourtant, Dar és Salam a son Poste de santé. Et même jusqu'à Paoskoto, les gens en parlent. Je vois même des gens venir d'autres communes. Les soins ici au niveau du Poste de santé sont de qualité et les médicaments aussi. (Patient #7, L20)

Cette réputation positive est perçue comme un élément pouvant distinguer IISF des autres OCI : « Ça fait aussi un petit peu la marque de commerce de l'organisme qu'on amène des choses. (Coopérant #3, L618). Des participants ont l'impression que cette image est un facteur attractif pour le Poste : « À cause de ces missions, rares sont les Postes de santé de la région de Kaolack qui reçoivent autant de patients. (Patient #7, L99) ».

Plus les gens savent qu'ils peuvent se procurer de la médication, plus ça va les attirer vers le Poste de santé (...) ça a un pouvoir d'attraction pour le Poste de santé. (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017, L232)

Par exemple, une responsable de groupe explique qu'après avoir visité un village avoisinant, elle a constaté le lendemain une augmentation de l'achalandage au Poste de santé. Selon elle, ce sont les dons de médicaments qui ont attiré les patients.

Le dimanche on a fait une visite du village à pieds et quand on est revenu à la clinique, [un responsable local] a dit « c'est votre carte de visite que vous avez distribuée, vous vous êtes annoncées dans le village, cette semaine on va avoir des gens c'est certain ». Le lendemain matin quand je suis descendue du toit, à 7h, ça m'a un petit peu étonnée, mais c'est ça, la clinique, la salle d'attente est pleine de femmes avec des enfants. Moi j'ai eu le sentiment que oui oui on est attendu. Pis y savaient qu'on avait des médicaments, qu'ils allaient avoir la possibilité d'avoir des médicaments à moindre coût. (Responsable de groupe #6, L375)

4.17.1.2 Objet de tension chez les bénéficiaires

Quant aux inconvénients symboliques, les faits relatés par les participants suggèrent que les dons de médicaments sont aussi un objet de tension chez les bénéficiaires. En effet, les résultats montrent que certaines personnes de la communauté pensent que le personnel du Poste reçoit des médicaments ou de l'argent provenant de leur revente. Or, ces informations n'ont pas été ni observées ni évoquées lors des entretiens. Les résultats montrent plutôt que l'argent de la revente des médicaments est intégré dans la trésorerie de la pharmacie du Poste laquelle est gérée par l'infirmier-chef de Poste et le Comité de santé. À partir de ces fonds, le Poste achète les médicaments, le matériel médical et paie ses dépenses usuelles (électricité, salaires, etc.). Des anecdotes illustrent ainsi les tensions entre le personnel du Poste et des personnes de la communauté désirant recevoir des médicaments : « Je pense que nous tous avons vécu cela. Il y en a qui après le départ des toubabs viennent nous dire de partager avec eux les retombées financières. (Traducteur local, L98) ».

Cela m'est arrivé aussi. Une dame après consultation, m'a demandé de dire aux toubabs de lui offrir un médicament pour enfant comme j'étais proche d'eux. Je lui ai fait comprendre que ces derniers sont venus pour procurer des soins et non pour des dons. (Matrone locale #4, L95)

Aussi, des patients peuvent devenir suspicieux à l'égard l'infirmier-chef s'il ne reste plus de médicaments canadiens au Poste après le départ du groupe : « Y a des patients qui disent " c'est pas vrai je te crois pas, tu les gardes pour toi ". L'infirmier-chef est obligé de dire " je les garde pas pour moi y en plus " (Président IISF, L969) ». Pour l'infirmier-chef de Poste, cette méfiance des personnes de la communauté serait liée au fait qu'elles voient les valises à l'arrivée des coopérants et croient qu'elles contiennent que des médicaments.

L'infirmier-chef nous disait que lui y subit une pression aussi parce que le maire ou peu importe quand il nous voit arriver les toubabs y pense qu'on arrive toute avec pis là tout d'un coup, y a pas de médicaments, y a toujours un questionnement, ça peut devenir suspicieux, comment ça se fait qu'avec plein de valises, y débarquent avec plein de valises pis finalement euh, y ont pas ce qu'il faut. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L353)

4.17.1.3 Survalorisation des médicaments canadiens

Un second inconvénient symbolique des dons de médicaments soulevé par les participants est la survalorisation des médicaments canadiens. En effet, les participants estiment que le fait d'apporter et de remettre des médicaments canadiens alimente la croyance que ceux-ci ont une meilleure efficacité thérapeutique. Il se dégage des résultats divers facteurs expliquant cette perception de survalorisation.

D'abord, le facteur de l'origine des médicaments. Les participants canadiens ont l'impression que les bénéficiaires ont une perception biaisée des médicaments canadiens qu'ils associent à un pays riche avec un haut niveau d'éducation : « Y a toujours la vision que "ah en Amérique c'est plus riche, y font plus d'études donc c'est des meilleurs médicaments". (Administratrice #4, L107) ». Toujours selon les participants canadiens, ce biais se reflète aussi dans la confiance accordée par les bénéficiaires dans l'efficacité des médicaments canadiens. En effet, les participants canadiens ont la perception que les bénéficiaires attribuent un pouvoir thérapeutique supérieur aux médicaments canadiens : « Ils croient qu'on a des médicaments miracles qui guérissent tout. (Pharmacien-conseil IISF, L240) », « Je pense y ont encore la théorie que les médicaments des toubabs sont 100 fois meilleurs pis ils se disent qu'ils vont guérir plus vite. (Coopérant #19, L351) ». Cette perception est également partagée par des patients affirmant que les médicaments canadiens sont de bonne qualité et que si les gens reviennent consulter les

MMCT, c'est parce qu'ils ont de bons médicaments : « C'est parce que les médicaments sont bons, qu'ils reviennent. (Patient #9, L98) »; « Avant il y avait des gens qui passaient la journée et la nuit, pour bénéficier des soins des toubabs. Cela s'explique par la qualité des soins des toubabs et de leurs médicaments. Rien que ça. (Patient #7, L26) ».

Questionné à ce sujet, l'infirmier-chef de Poste confirme que des personnes de la communauté ont cette perception, mais que selon lui c'est un effet psychologique.

Certains de la population vont dire que les médicaments là des toubabs sont beaucoup plus bons, mais moi je dis que c'est psychologique, parce qu'ils vont toujours croire que quand le toubab quand il est là c'est toujours pour donner quelque chose qui est beaucoup plus bon. (Infirmier-chef de Poste, 23 mai 2017, L539)

Enfin, des responsables de groupe et des coopérants considèrent que cette survalorisation mène à une dépendance aux médicaments canadiens : « C'est de les rendre dépendants de nos pilules. (Responsable de groupe #9, L950) ». De même, pour les participants canadiens, les dons contribuent à une dévalorisation des médicaments sénégalais par exemple lorsqu'un patient doit poursuivre son traitement avec un médicament sénégalais: « Si y trouve quelque chose de remplacement y vont dire "c'est pas la même chose, ce qu'on avait avant c'était meilleur". (Responsable de groupe #10, L41) ».

4.17.2 Conséquences économiques

Quatre thèmes en lien avec les conséquences économiques des dons de médicaments ressortent de l'analyse des données : (1) source de revenus, (2) apport gratuit en médicaments pour le Poste de santé, (3) gestion difficile des dons et (4) attentes et dépendances en médicaments. Pour chacun de ces thèmes, des perceptions, positives et négatives, sont identifiées et détaillées ci-dessous.

4.17.2.1 Source de revenus

Les participants perçoivent que les dons de médicaments constituent une source de revenus pour le partenaire grâce à leur revente. En effet, le Comité de santé a décidé que les médicaments remis en dons sont vendus au même prix que le médicament équivalent à la pharmacie du Poste. Le président de IISF explique appuyer cette décision car il la voit comme une forme de renforcement des capacités du partenaire.

Pour nous IISF on trouvait acceptable, c'est-à-dire qu'ils ne se faisaient pas d'argent exagéré sur notre dos, mais c'est une façon d'aider, c'est du *capacity building*, à augmenter les capacités du groupe en place. Alors si il reçoit des médicaments qu'il n'a pas payé et qu'il est capable de les vendre à un prix très acceptable pour la population ça veut dire donc que c'est un revenu pour lui puis c'est un bon revenu si c'est un Comité [de santé] qui sait bien gérer les choses, il va être capable de fournir d'autres médicaments pour les patients. (Président IISF, L577)

La revente des médicaments est considérée acceptable par la plupart des participants dans la mesure où le bénéfice leur semble raisonnable et pas au détriment de la population : « C'est correct si on veut que le Poste de santé continu à fonctionner, à se développer, à offrir des services (Responsable de groupe #3, 23 mai 2018, L282) ». De même, cette perception positive de la revente des médicaments est conditionnelle à ce que les bénéfices servent au Poste de santé pour améliorer leurs infrastructures et leurs services de santé : « Ça leur permet de mettre de l'argent pour améliorer certains services. (Coopérant #12, L544) ». Une coopérante du groupe Professionnel mentionne que la revente des médicaments lui apparaît comme un double don à la fois pour les patients et pour le Poste : « C'est comme un double don dans le fond qu'on fait, un don au patient et un don au Poste. (Coopérant #31, L619) ». La revente des médicaments est ainsi perçue comme une manière de donner de l'argent au partenaire : « C'est de l'argent qu'on met dans leurs poches gratuitement. (Coopérant #34, L211) ». Cette perception positive est également partagée par les responsables locaux. En effet, l'infirmier-chef de Poste répète à plusieurs reprises son appréciation de cet appui qui « aide vraiment le Comité de santé ». Il confirme que cet appui est indirectement profitable à la population qui bénéficie de l'amélioration des infrastructures du Poste : « Il se pourrait que les populations ne voient pas cela directement [l'appui financier], mais quand elles viennent au Poste, elles voient les lits et autres équipements. (Infirmier-chef de Poste, L108) ». Enfin, des responsables locaux rappellent que cet appui financier permet au Comité de santé de répondre à leurs besoins.

Nous tout ce qu'on attend c'est par rapport à l'appui qui est derrière ces dons qui revient au Comité de santé et qui va nous permettre qui va nous permettre de de de faire face vraiment à nos à nos besoins. (Infirmier-chef de Poste 23 mai 2017, L754)

Toutefois, d'autres participants ont une perception négative de la revente des médicaments. Pour eux, cette revente constitue une pratique commerciale contraire à l'intention humanitaire du don et soulève un malaise éthique.

Les plus vulnérables là-bas je présume c'est les plus malades, donc y ont pas de revenus, nous on veut aider on donne des médicaments au Comité de santé que lui essaie de rentabiliser tout ça pour aider le village, pour aider le monde, (...) Je trouve que ça fait un peu un aspect business la façon qu'on fonctionne, je suis déçu de dire ça, mais je trouve que ça fait business. (...) Une façon éthique pour moi c'est que on peut pas dire à quelqu'un « t'es infecté pis moi-même j'ai apporté des médicaments, j'ai quelque chose pour l'aider mais on le donne à une tierce une personne qui elle cherche à rentabiliser tout ça ». Parce qu'on va pas jouer avec les mots là, ils font de l'argent avec ça supposément. (Trésorier IISF, L359)

En lien avec le questionnement du trésorier de IISF, et comme présenté à la section 4.12.2, l'analyse des données montre que IISF n'effectue pas de suivis spécifiques auprès de son partenaire sur les dons de médicaments ni sur la gestion des revenus. D'ailleurs, du moment que les médicaments sont vendus à la pharmacie du Poste au même tarif que les médicaments locaux, ce qui a été constaté sur le terrain, IISF considère que la gestion des retombées financières de la revente des dons de médicaments ne concerne que le partenaire et que c'est ainsi un moyen de renforcer les capacités locales du partenaire et de reconnaître son autonomie. Comme décrit plus haut, le partenaire dit utiliser les profits de la revente pour répondre à leurs besoins matériels, structurels et humains (ex : travaux de rénovation, d'agrandissement, embauche d'une sage-femme, etc.). Toutefois, dans le cadre de cette étude, le profit de la revente des médicaments n'a pas pu être calculé car il n'était pas possible de savoir, pour chaque ordonnance, quels médicaments ont été distribués aux patients (médicaments provenant des dons ou de la Pharmacie).

Dans le même sens, des responsables de groupe et des coopérants ne comprennent pas pourquoi les dons de médicaments qu'ils ont reçus et remis gratuitement au Comité de santé sont vendus à la population : « Nous autres on les paie pas pis on les amène, je vois pas pourquoi on les revendrait à quelqu'un qui a moins d'argent au moins le moment qu'on est ici. (Coopérant #38, L336) ».

Mon insatisfaction par rapport à ça, je l'ai déjà mentionné c'est plutôt que c'est que nous on puisse les donner quand on est là et non qu'ils soient vendus. (...) Parce que nous on leur donne gratuitement c'est un don humanitaire. C'est sûr qu'on aimerait que quand on est pas là, quand on est parti qu'ils les donnent mais moi ce que j'aimerais, ce que je souhaiterais, c'est que nous quand on est là, qu'y aillent pas à payer les médicaments dans le fond, les médicaments que nous on apporte du moins. (Responsable de groupe #8, L405)

D'un autre point de vue, comme mentionné plus haut, cette décision a été prise par IISF et son partenaire afin de renforcer leur capacité locale. Cette manière de faire permet, selon le président de IISF, d'uniformiser la pratique entre la prescription des coopérants et celle des prescripteurs locaux et d'éviter des conflits d'iniquités qui pourraient survenir si les médicaments étaient gratuits durant le séjour de la MMCT. Ainsi, tout patient paie sa médication au même tarif que les médicaments locaux, sauf ceux ayant droit à la couverture médicale universelle (0-5 ans) et ceux étant dans une situation financière et familiale précaire sous décision de l'infirmier-chef de Poste (cas sociaux).

4.17.2.2 Apport gratuit en médicaments

Une deuxième conséquence économique perçue par les participants est l'apport gratuit en médicaments pour le Comité de santé. Les participants sont surpris de constater le peu de médicaments disponibles à la pharmacie du Poste : « Quand on est arrivé c'était quand même vide. (Coopérant #37, L67) », « Y ont pas nécessairement grand-chose dans la pharmacie. (Coopérant #15, L16) ». Les participants ont l'impression que les dons approvisionnent gratuitement la pharmacie du Poste : « Quand on est arrivé y avait pas grand-chose, pis là on les a comme *restocké* gratuitement. (Coopérant #36, L134) ». Cette perception est partagée par les bénéficiaires : « Il y a un intérêt pour le Poste de santé car il gagne en médicaments gratuitement. (Patient #2, L9) ». Ces dons sont ainsi perçus comme un apport considérable en médicaments.

Il y a une bonne disponibilité en sirops et [les patients] savent que c'est à cause de la mission, (...), sinon vraiment on ne peut pas assurer vraiment cette disponibilité en forme sirop, parce que l'État ne nous rembourse pas, donc c'est avec la mission qu'on a pu avoir une bonne disponibilité. (Infirmier-chef de Poste, 23 mai 2017, L296)

Je vois que quelle que soit la quantité de médicaments qu'ils amènent, il y a des retombées pour le Poste de santé. De ce fait, l'accès aux médicaments est facile pour le Poste de santé. Si c'est des médicaments que le Poste a déjà, c'est un renfort des stocks, si par contre c'est un médicament qu'ils n'ont pas, ça va être encore un plus. (Traducteur local, 3 avril 2018, L19)

Bien que l'apport en médicaments soit un avantage reconnu de tous les participants, il ressort de l'analyse que ce bénéfice n'est pas nécessairement durable dans le temps. Par exemple, pour le groupe Professionnel qui a apporté une quantité importante de vitamines prénatales, l'infirmier-chef a estimé que ce stock était suffisant pour environ deux mois compte tenu du nombre de femmes enceintes suivies au Poste. Cet écoulement rapide des stocks est aussi observé par les responsables de groupe qui voient leurs dons diminuer « à vue d'œil ». Par conséquent, les participants se font la réflexion que, contrairement à ce qu'ils croyaient initialement, l'apport gratuit en médicament n'a pas un si grand impact.

Le sentiment que j'avais c'était qu'on faisait pas beaucoup finalement. (...) On a des dons à faire là-bas mais je trouvais que c'était de courte durée. Une fois que la pharmacie est épuisée, c'est épuisé. Je trouvais pas qu'on apportait tant. (Responsable de groupe #5, L448)

Je trouvais qu'on en avait amenés beaucoup, j'étais super fière de ce qu'on avait amené pis en même temps je trouvais que les besoins étaient très grands, dans la pharmacie le roulement là, quand on fait de la clinique à plusieurs pis que les infirmiers ici continuent, y en a! J'ai l'impression que ça l'a amené une bouffée d'air frais mais c'est pas un grand vent frais non plus. (Coopérant #30, L200)

4.17.2.3 Gestion difficile des dons inappropriés

Une troisième conséquence économique perçue par les participants est la gestion difficile des dons de médicaments. À noter que cette perception est soulevée que par des participants canadiens. Les participants sénégalais ne suggèrent pas de conséquences négatives liées à la gestion des dons de médicaments.

Les administrateurs de IISF et les coopérants partagent la perception que l'augmentation des MMCT de IISF dans ce milieu peut mener à une surabondance de médicaments : « Plus ils sont, plus ils amènent les mêmes choses. (Coordonnateur aux projets IISF, L275) ». Ces dons, surtout s'ils sont inappropriés, deviennent un fardeau pour le personnel du Poste, soit en espace pour le stockage soit en surplus de travail. En effet, la réception, la

vérification, le tri, le stockage, la familiarisation avec les nouvelles présentations de médicaments et leur distribution nécessitent du temps de travail : Une conséquence c'est que ça peut ne pas être les bonnes choses pis que ça leur serve pas. On les encombre de choses qu'y ont pas nécessairement besoin. (Coordonnatrice siège social IISF, L302) ».

Prendre le temps de gérer ça, de gérer la réception, ça c'est quand même une petite difficulté dans le sens que oui c'est quand même un don mais il faut gérer ça, vérifier est-ce que ça fait partie de ce que j'ai de besoin bon le *stocker* également. (...) pis côté réception j'imagine qu'y a le comment je gère ce qui est utile de ce qui est pas utile finalement faire le tri un petit peu, ça peut rentrer aussi dans le côté technique donc faire le tri des dons puis les diriger vers les endroits appropriés. (Administratrice #7, L176)

Un des effets négatifs du don ça doit créer une surcharge au personnel de cette pharmacie-là qui doit s'ajuster, doit se questionner, doit considérer, doit rentrer dans ses inventaires (...). S'ils reçoivent des trucs que c'est une présentation ou une concentration qu'ils ne sont pas habitués, ça va créer une surcharge pour qu'ils s'ajustent s'ils veulent vraiment le passer. (Coopérant #30, L229)

4.17.2.4 Attentes et dépendance aux médicaments

Une autre conséquence organisationnelle négative perçue par les participants canadiens est la création d'attentes et l'instauration d'une relation de dépendance aux dons de médicaments. Pour les responsables de groupe et les coopérants, le partenaire a des attentes de recevoir des médicaments : « Ils ont des grosses attentes aussi, des grandes attentes aussi (Responsable de groupe #2, 10 février 2017, L359) », « Ils s'en attendent, on arrive et ils le savent qu'on apporte des médicaments, ils savent qu'on apporte des dons. (Coopérant #39, L59) ». Selon les propos exprimés par les participants, les attentes des bénéficiaires augmentent d'années en années : « C'est comme souvent quand on est dans le don, les gens vont s'attendre qu'on continue à le faire et peut-être plus à chaque année qu'on y retourne. (Médecin-conseil de IISF, L285) ».

Ça créé des précédents, des attentes puis que chaque [groupe] peut pas non plus, un groupe va amener vraiment plein de médicaments beaucoup plus que d'autres ou plus utiles puis l'autre groupe arrive puis y sont moins, ça peut être moins bien perçu. (Coordonnatrice siège social IISF, L296)

Ils vont toujours s'attendre à ce qu'on en amène plus. Tu donnes mais le monde en demande toujours encore plus. (...) Je suis sûre que l'infirmier-chef de Poste l'année prochaine y va s'attendre à encore la même quantité ou encore plus. Si on en donne moins il va être déçu. (Coopérant #36, L231)

Cette perception de l'élévation des attentes semble aussi liée à un effet de comparaison entre les groupes. Cette comparaison s'est fait ressentir lors du séjour du groupe Universitaire où l'infirmier-chef de Poste a exprimé sa déception à l'étudiante-chercheuse de la quantité de médicaments reçus en comparaison avec celle de d'autres groupes de IISF. L'étudiante-chercheuse savait que les groupes ayant remis une quantité importante de médicaments les avait achetés à un organisme fournisseur tandis que le groupe Universitaire avait sollicité des pharmaciens, ce qui explique l'écart de quantité.

L'infirmier-chef de Poste est venu me parler concernant la quantité de médicaments versus les anciennes années. (...) Il a clairement exprimé sa satisfaction des dons de médicaments du groupe [avril 2017] et plus anciennement à ceux de [ancien groupe IISF] qui avait aussi acheté leurs médicaments à [un organisme]. (Journal de bord, 10 mai 2017)

De même, lors du séjour du groupe Collégial, l'infirmier-chef de Poste a affirmé aux coopérants que ce groupe avait la réputation d'apporter à chaque année une grande quantité de médicaments. Cette image positive du groupe est ressentie par les coopérants comme une fierté et comme une attente à respecter : «L'infirmier-chef de Poste disait qu'on était le cégep qui amenait le plus de médicaments c'est comme une petite réputation qu'on a qu'il faut pas défaire, il faut continuer à amener tous nos dons. (Coopérant #36, L126) ».

Une autre perception ayant émergé des propos des participants est la perception de créer une dépendance des bénéficiaires aux dons de médicaments. Par exemple, le Président de l'organisme s'en attribue la responsabilité : «je ne veux pas les rendre dépendant des produits que nous avons ici. Mais dans le cas du village où on intervient, ils le sont déjà. (L643) ». Cette perception de dépendance s'illustre aussi dans un échange concernant le Voltaren®, un onguent anti-inflammatoire normalement non disponible à la pharmacie du Poste mais remis en dons : « On a créé un besoin pis on n'est pas capable de l'assumer jusqu'au bout. C'est ça l'effet pervers. (Responsable de groupe #10, L54) », « Comme le

Voltaren® après ça y en n'a pu mais là y vont faire quoi? On crée un précédent, un besoin parce que eux en avait pas avant. (Coopérant #12, L42) ».

La perception de créer une dépendance se reflète également dans l'impression des participants d'être les principaux pourvoyeurs de médicaments. En effet, des coopérants disent s'être sentis attendus et suspectent le partenaire de ne pas commander de médicaments sachant leur venue : « On est vu beaucoup comme étant "ah ils nous apportent de la médication, ils viennent nous aider". (...) je pense qu'ils se basent vraiment sur " on accueille mais on reçoit beaucoup de médicaments, on n'a pas besoin de s'en fournir autre part". (L67) ».

C'est à se demander à quel point on est utile ou si on pallie à un certain « ah les toubabs s'en viennent on n'en commandera pas y vont en apporter ». C'est là que tu te questionnes sérieusement, on es-tu juste des provideurs [sic] de médicaments? (Responsable de groupe #10, L112)

Enfin, cette perception de créer une dépendance s'exprime dans l'inquiétude des participants pour qui, si les MMCT cessent dans ce milieu, le partenaire est en difficulté pour s'approvisionner en médicaments : « Ils en ont toujours besoin pis il faut toujours qu'y aille des missions finalement pour pouvoir amener un approvisionnement constant. (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017, L227) ».

Si un moment donné ça arrête, ils vont se retrouver dans la marde, nous aussi on a beaucoup des plans b, eux autres... ils sont très débrouillards donc je sais qu'ils trouveraient mais moi ça m'a quand même préoccupée de savoir où qu'ils s'approvisionneraient si on n'en apportait pas. (...) y auront probablement pas de plan B ils vont tout le temps se fier sur le québec, le canada je pense que ça peut être un aspect négatif d'apporter des dons de médicaments. (Coopérant #39, L162)

Cette perception négative de créer une dépendance s'est aussi traduite dans les propos des participants qui valorisent l'approche « d'apprendre à pêcher ».

Ma pensée à moi c'est qu'il faut toujours apprendre à pêcher le poisson plutôt que donner le poisson, ça toujours été ma philosophie. Quand on arrive en Afrique, c'est sûr qu'on est confronté à « bon, je veux bien lui montrer à pêcher le poisson », mais y en a pas de lac pour pêcher un poisson ou y en ont pas de cannes à pêche ou y'ont pas la même facilité disons de ce qu'on voudrait, ce qu'on imagine. (Coordinatrice siège social IISF, L194)

Comme de leur donner tout cru dans le bec (...) si on leur donne tout ce qu'ils ont de besoin un moment donné y apprendront jamais eux-mêmes à aller chercher ce qu'ils ont besoin ou apprendre à aller chercher autre chose ou apprendre comment faire pour aller chercher telle affaire qu'y ont besoin (...) de pas dire « ah mais les toubabs vont en apporter ». (Coopérant #33, L169)

D'un autre point de vue, cette perception de créer une dépendance n'est pas partagée par les bénéficiaires, ceux-ci ayant une vision positive de la collaboration avec IISF et de l'aide reçue. D'abord, pour le Président du Comité de santé, les dons de médicaments n'engendrent pas de dépendance, mais s'inscrivent dans une collaboration ayant pour objectif l'autonomisation du partenaire grâce à la revente des médicaments.

Je ne vois pas cela comme une dépendance. On considère cela comme un appui pour nous permettre d'aller de l'avant et aller vers l'autonomie. On va chercher de l'aide, quand on n'a pas les moyens de s'en sortir. (Président du Comité de santé, L219)

Dans le même sens, le médecin-chef adjoint de district et le dépositaire ont aussi une perception positive de l'aide reçue par les MMCT, mais leurs propos indiquent une forme de dépendance. Selon eux, IISF, en tant que partenaire, aide le Poste et ce dernier a besoin de cette aide pour se développer.

J'y vois un appui important, une très très bonne assistance. Avant l'existence du Comité de santé, [les groupes de IISF] venaient déjà et ils font des choses importantes comme les dons de médicaments et les soins. Ils investissent des moyens financiers, leur savoir-faire ; leur connaissance. J'ai noté cela. Et c'est cela aider aussi. (Médecin-chef adjoint de district, L83)

Nous comptons beaucoup sur les canadiens parce que vraiment vous êtes là pour la population de l'Afrique. Nous sommes dans un pays en développement, si on a des partenaires pour venir nous aider, vraiment nous sommes très fiers pour ça. Oui un partenaire c'est important. (Dépositaire, L44)

4.17.3 Conséquences thérapeutiques

Deux thèmes en lien avec les conséquences thérapeutiques ont émergé des propos des participants : (1) amélioration de la prise en charge des patients et (2) risque de pratiques

inadéquates des prescripteurs locaux. Pour chacun de ces thèmes, des perceptions, positives et négatives, sont identifiées et détaillées ci-dessous.

4.17.3.1 Amélioration de la prise en charge des patients

Le premier thème de cette section est l'amélioration de la prise en charge des patients grâce aux dons de médicament. Cette conséquence positive s'appuie sur trois perceptions évoquées par les participants : (1) meilleure disponibilité thérapeutique pour les prescripteurs locaux, (2) meilleure accessibilité pour les patients, et (3) appui à la santé communautaire.

Pour les participants, les dons améliorent la disponibilité des médicaments à la pharmacie du Poste et offrent un meilleur choix thérapeutique aux prescripteurs locaux. Cette perception positive est illustrée par diverses anecdotes relatées par les participants. Par exemple, des coopérants ont été témoins d'un manque d'acétaminophène pédiatrique et, par conséquent, les dépositaires coupaient des comprimés d'adultes pour les donner à des enfants. Selon les participants, les dons de médicaments augmentent les choix de molécules et de posologies : « Les conséquences positives c'est que les gens savent que quand ils vont venir ils ont plus de chance d'être traités comme il faut. (Coopérant #42, L142) ».

Cette meilleure disponibilité en médicaments est également perçue comme un facteur positif pour diminuer les risques de ruptures de stock à la pharmacie du Poste. Par exemple, au printemps 2017, il y a eu une rupture régionale d'érythromycine et de doxycycline. Comme les MMCT de IISF en avaient remis en dons, ces médicaments ont été disponibles au Poste pour les patients. Les prescripteurs locaux ont « salué » ces dons qui, selon leurs dires, leur ont permis d'améliorer la prise en charge de leurs patients.

[Les dons de médicaments ont] eu un impact parce que quand je t'ai dit que Ery 250 et doxy on était en rupture, si vous amenez c'est mieux. C'est mieux (...) En mon nom personnel aussi je vous remercie pour le fait d'amener des médicaments, vous me permettez de prendre une bonne prise en charge, il faut saluer, il faut saluer. (Sage-femme locale, L269)

En augmentant la disponibilité des médicaments au Poste, les participants ont l'impression que les dons sont une aide concrète : « Je voyais que c'était une aide concrète par exemple 10 traitements d'antibiotiques j'ai 10 petits cocos qui vont sortir de cette pneumonie-là.

(Coopérant #30, L33) », « Ça permet de soigner des gens, soigner plus de monde. (Coopérant #33, L168) ».

L'amélioration de la prise en charge des patients grâce aux dons de médicaments s'appuie sur une seconde perception, celle d'une meilleure accessibilité aux médicaments. Cette perception positive s'appuie sur le constat où les patients, par non-disponibilité de certains médicaments au Poste, sont contraints de se déplacer dans une pharmacie privée pour acheter, à un coût plus élevé, leur traitement. Les participants ont l'impression que les dons améliorent l'accessibilité des médicaments pour les patients : « Pour les patients ça leur a permis d'acheter les médicaments ici à prix réduit comparativement à aller l'acheter à la pharmacie du village à un prix nettement plus élevé. (Coopérant #29, L195) ».

Cette perception d'une meilleure accessibilité aux médicaments grâce aux dons est également partagée par les bénéficiaires. En effet, leurs propos montrent l'importance que revêt pour eux l'accessibilité des médicaments pour l'ensemble de la population. Par exemple, le Chef du village confirme ce bénéfice : [les dons de médicaments] ont un avantage bien sûr, parce que s'il n'y a plus de médicaments, la communauté va aller acheter ailleurs. (L171) ». Aussi, comme l'ajoute ce traducteur, les déplacements hors de la localité sont souvent difficiles à organiser logiquement et financièrement pour les patients.

Il arrive que les médicaments au niveau du Poste de santé, manquent. Il arrive même que pour certaines ordonnances, il faut aller à Ndoffane, à Kaolack, ou à la pharmacie. C'est une difficulté si par exemple on n'a pas de quoi se payer le transport pour aller à Ndoffane, ou pour acheter les médicaments. (Traducteur local, L139)

De même, l'un des responsables de la PRA partage sa satisfaction sachant que les dons de médicaments sont vendus au prix modique selon l'Initiative de Bamako.

Ah prix IB [Initiative de Bamako], très très bien, voilà pour que ça soit accessible financièrement. Ça c'est notre credo [PRA], c'est accessibilité financière et géographique des produits. (Pharmacien coordonnateur PRA, L312)

Cette meilleure accessibilité est aussi perçue par le Président du Comité de santé : « Ces dons nous permettent d'avoir un accès facile aux autres médicaments. (L134) ». De même,

tous les patients affirment que les dons de médicaments, parce qu'ils sont vendus à prix modique, sont accessibles et que cette accessibilité est importante pour eux : « : C'est très important, car c'est avec ces médicaments que les populations se soignent en cas de maladie à moindre coûts. (Patient #8, L59) ».

C'est utile ; les médicaments deviennent moins chers pour nous les démunis. Les médicaments deviennent plus accessibles de ce fait, car avant, on tombait malade, mais faute de moyens, on ne pouvait pas se soigner. (...) Pour quelqu'un qui a de l'argent, c'est facile d'aller se soigner. Mais pour nous démunis, ces dons sont importants. (Patient #3, L80)

Enfin, il a été observé que l'infirmier-chef de Poste et les prescripteurs locaux profitent des dons de médicaments pour offrir gratuitement des traitements à certains patients. Par exemple, les vitamines prénatales, normalement disponibles qu'en pharmacies privées, ont été remises gratuitement, et non pas vendues, aux femmes enceintes.

On prescrit [les vitamines prénatales] pour l'officine. Parfois elles achètent parfois elles n'achètent pas parce qu'elles n'ont pas d'argent mais si vous nous remettez ça, c'est bon. (...) on donne à la femme gratuitement. (Sage-femme locale, L109)

Un autre exemple est la remise de traitements gratuits à des patients dits « cas sociaux », c'est-à-dire connus par l'infirmier-chef de Poste pour être dans une situation d'incapacité financière. Cette action est traduite par les coopérants comme un geste de générosité pour les patients très démunis, comme l'explique cette responsable de groupe.

[L'infirmier-chef] m'a dit que « grâce à ces dons-là, ce que je vais faire c'est que je vais pouvoir la traiter pendant 3 semaines mais à vos frais, je vais la prendre en charge (...) j'ai trouvé que c'est le fun parce qu'on fait quelque chose de généreux pis lui il le prend pis il fait quelque chose de généreux avec. C'était vraiment super. (Responsable de groupe #11, L233)

Pour certains participants, le meilleur accès aux médicaments grâce aux dons peut résulter en des vies sauvées : « J'ai vu des vies sauvées par rapport aux pilules aussi. Vraiment pour ceux qui en ont de besoin, c'est important. (Responsable de groupe #9, L962) ».

Je peux pas, on peut pas s'imaginer que de jeunes enfants vont décéder parce qu'y auront pas eu les traitements, y auront pas parce que les familles

ont pas de sous pour ça. (...) c'est ces valises de dons-là qui permet de sauver de vie, je l'espère en tout cas, pis j'y crois. Je pense que oui ça permet de sauver des vies. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L600)

L'amélioration de la prise en charge des patients grâce aux dons s'appuie sur une troisième et dernière perception, celle de l'appui à la santé communautaire. Cette perception positive est d'abord soulevée par un infirmier du Poste. Pour lui, les dons renforcent les capacités matérielles, humaines et techniques du Poste, se reflétant dans une meilleure capacité à traiter la population et dans de meilleures statistiques sanitaires.

[Les dons de médicaments] nous permettent de vraiment d'être au top niveau c'est-à-dire de booster nos indicateurs, (...) donc un Poste ne peut pas être au top niveau sans avoir de matériel pour travailler ni de médicaments pour travailler. Quand on n'a pas de médicaments, quand on n'a pas, on ne peut pas faire de bons résultats. (Infirmier local, L234)

Dans le même sens, des coopérants croient que les dons de médicaments diminuent le risque de transmission de certaines maladies : « Ça permet à la population d'avoir des meilleurs soins en tant que tel. (Coopérant #33, L29) », « Avoir plus facilement de la médication pour traiter [les maladies locales], pis ça va peut-être éliminer des maladies qui vont moins se répandre. (Coopérant #41, L105) ». Cette perception de l'amélioration de la santé communautaire est également partagée par les participants sénégalais. Par exemple, le Chef du village a mentionné que : « C'est [les dons de médicaments] une bonne chose pour la communauté, et ça aide la communauté sur le plan de la santé. (L183) ». Des patients se sont exprimés dans le même sens : « Ces médicaments ont un avantage car ils soignent la population. (Patient #2, L83) », « Ces dons de médicaments sont très avantageux, ça permet de guérir la population et aussi je peux dire que ça peut faire disparaître certaines maladies. (Patient #6, L118) ».

4.17.3.2 Risque de pratiques inadéquates des prescripteurs locaux

Le second thème en lien avec les conséquences thérapeutiques est le risque de pratiques inadéquates des prescripteurs locaux. Les résultats évoquent trois situations potentielles de pratiques inadéquates : (1) la sous-prescription des médicaments, (2) les erreurs de préparation et de distribution et (3) le suivi difficile des patients.

La première situation est lorsque les médicaments remis en dons sont méconnus des prescripteurs, ne sont donc pas prescrits et restent inutilisés. Le pharmacien-conseil de IISF met en garde sur ce risque de pratique inadéquate.

Si on a des molécules que nos intervenants pis même si nos intervenants sénégalais sont moins habitués à prescrire, veut veut pas on reste dans un cadre où toi et moi j'imagine on a tendance à vouloir aller vers quelque chose qu'on connaît (...) si on a la possibilité entre deux produits disons relativement similaires, le prescripteur va aller vers quelque chose qu'il connaît mieux. (Pharmacien-conseil IISF, L190)

Les participants canadiens partagent cette perception que les médicaments méconnus risquent d'être inutilisés, rester en stock et périmer.

Je pense aussi que justement à l'inverse les médicaments que nous on a apportés mais que eux connaissent pas est-ce que c'est des médicaments qui vont trainer qui vont prendre la poussière ou y vont vraiment les donner pis trouver l'utilité? (Responsable de groupe #7, L87)

J'avais l'impression que d'apporter des médicaments de chez moi [du Québec] c'était un peu risqué dans le sens que je vais arriver avec des trucs qui connaissent pas y vont peut-être pas les prendre, ça ça me préoccupait. (Coopérant #30, L77)

La seconde situation potentielle de pratiques inadéquates concerne les erreurs de prescription et de distribution. Ce résultat est lié aux constats d'erreurs faits par les coopérants, les dépositaires et l'étudiante-chercheuse durant les activités cliniques. Par exemple, il y a des différences de concentrations entre l'acétaminophène en suspension disponible au Poste et celui apporté par les MMCT (respectivement de 160 mg/5 ml et 120 mg/5 ml). Cette différence de concentration a été à l'origine d'erreurs de préparation. De plus, les coopérants reconnaissent qu'au sein de leurs dons, il y a de nombreuses concentrations pour un même médicament menant à des confusions pour tout le monde.

Juste le paracétamol à 120 mg pour 5 ml que nous on amenait pis eux à 160 mg pour 5 ml, à ce qu'ils sont habitués, le dépositaire ça va vite les gens font la file, le paracétamol souvent y regarde le nom, y donne ce qui est habitué de donner, mais là oups, c'est 40 mg par 5 ml de différence ça peut faire une différence chez un petit. (Coopérant #30, L230)

Aussi, des participants préviennent que de remettre des médicaments différents de ceux disponibles normalement au Poste, tels que des médicaments de spécialité, peut être complexe pour les dépositaires qui ne connaissent pas l'équivalence entre les noms de spécialités et la DCI. Par conséquent, ces médicaments peuvent ne pas être prescrits ni distribués, comme l'explique cette participante.

Le fait d'être sur le terrain ça amène de voir que la manipulation des médicaments ou la remise des médicaments aux clients elle est souvent faite par des gens qui ont une formation très de base pis que c'est beaucoup leur demander de transposer même si pour nous ça paraît simple Advil® pis Motrin® c'est pareil, « madame vous avez une prescription d'Advil® je vais vous donner du Motrin® c'est la même affaire le même dosage », c'est déjà demander beaucoup à ce qu'on voit sur le terrain. (Coopérant #30, L137)

Une autre erreur potentielle perçue par les participants est lorsque la composition des médicaments canadiens diffère du médicament équivalent sénégalais, comme cela a été observé avec les multivitamines durant le séjour du groupe Professionnel. En effet, les multivitamines disponibles au Poste ne contiennent pas de sulfate ferreux alors que celles canadiennes en contenaient. Dans cette situation, l'infirmier a prescrit des multivitamines et des suppléments de fer, prescription usuelle au Sénégal, le dépositaire a servi ces deux médicaments en prenant des vitamines canadiennes. Toutefois, celles-ci contenaient déjà du fer. Le patient a alors reçu une double supplémentation en fer.

Enfin, des inquiétudes sont émises par les participants sur la possibilité d'erreurs thérapeutiques lorsque les médicaments ne sont pas adaptés au niveau technique du Poste et que le prescripteur traite un patient avec un médicament nécessitant une surveillance médicale étroite au lieu de le référer dans une structure médicale adaptée : « Parce qu'il [l'infirmier-chef] ne doit pas avoir des produits qu'il ne doit pas détenir. (...) Au lieu de référer son malade il va risquer de retenir et peut-être aggraver sa maladie. (Pharmacien coordonnateur PRA, L135) ».

Une troisième situation potentielle de pratiques inadéquates perçue par les participants est le suivi clinique difficile des patients. Cette situation est soulevée par le président de IISF qui rappelle l'importance d'assurer un suivi clinique.

si on prescrit un médicament et qu'on ne fait pas de suivi c'est dangereux. C'est dangereux parce que la plupart des patients n'ont jamais pris ces médicaments-là, si on tombe sur quelqu'un, évidemment c'est pas fréquent mais si on tombe sur quelqu'un qui a une allergie, il faut l'arrêter et là ça se peut que lui ne pense pas l'arrêter en disant ça vient d'un blanc, c'est bon et c'est normal que j'ai plus de douleurs ou des rashes, c'est le méchant qui sort, c'est peut-être son interprétation. (Président IISF, L1358)

Ce suivi apparaît essentiel lorsque plusieurs groupes se succèdent et que les patients peuvent consulter pour le même problème auprès des différents groupes. Le risque est alors de surprescrire certains traitements, ce qui préoccupe certains participants.

Une telle madame vient me voir, telle maladie, y ont prescrit tant, mais dans deux mois si [un autre groupe] y va, la même madame est revenue, elle a le même symptôme, y ont donné, ça fait combien de fois par année qu'elle en prend des antibiotiques cette madame-là? (Responsable de groupe #9, L852)

4.17.4 Synthèse des perceptions des participants sur les conséquences des dons de médicaments

Cette partie du chapitre a présenté les perceptions, positives et négatives, des participants sur les conséquences des dons de médicaments. Trois catégories de conséquences ont été décrites : symboliques, économiques et thérapeutiques.

À partir des propos des participants, trois conséquences symboliques sont identifiées. La première est que les dons de médicaments contribuent positivement à la promotion de IISF et de son partenaire. La seconde perception est qu'ils sont un objet de tensions entre les membres de la communauté et le personnel du Poste. La troisième est la survalorisation des médicaments canadiens. Concernant les conséquences économiques des dons de médicaments, quatre perceptions émergent de l'analyse des données. La première est qu'ils sont une source de revenus à leur revente. La seconde est qu'ils augmentent les stocks de la Pharmacie. La troisième est que leur gestion est un fardeau pour le personnel du Poste. La quatrième est la création d'attentes et de dépendance aux médicaments. Enfin, pour les conséquences thérapeutiques, deux perceptions ressortent des résultats. La première est que les dons de médicaments améliorent la prise en charge des patients. La seconde est le risque de pratiques inadéquates chez les prescripteurs locaux.

Pour clore cette seconde grande partie du chapitre des résultats, les thèmes ayant émergé de l'analyse des données apportent une compréhension approfondie des perceptions de tous les acteurs impliqués avec les dons de médicaments lors des MMCT de IISF au Sénégal, soit les administrateurs, les coopérants, les responsables locaux, le personnel du poste et les patients. Ces perceptions sont plurielles, parfois partagées et parfois différentes, mais toujours liées. Les dons de médicaments apparaissent ainsi comme une expérience significative pour tous les acteurs et sont l'objet de préoccupations. Ces nouvelles connaissances s'ajoutent à celles obtenues au chapitre précédent, complétant ainsi le portrait des dons de médicaments et seront utilisées pour co-déterminer des pistes d'action par le comité de recherche afin d'améliorer cette pratique. Une synthèse globale des perceptions des participants entourant les dons de médicaments est présentée à l'annexe 20.

PARTIE III : RÉSULTATS RELATIFS À L'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE DES DONS DE MÉDICAMENTS

La troisième partie de ce chapitre sur les résultats porte sur le dernier objectif de recherche : « Co-déterminer des pistes d'action pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire ». La démarche d'analyse thématique a identifié 40 pistes d'amélioration provenant des propos des participants. Celles-ci ont été discutées avec le comité de recherche à la lumière des forces et lacunes de chacune des étapes des trajectoires. Le comité a éliminé celles qui leur apparaissaient moins faisables, en a ajouté d'autres à partir de leur expérience terrain et a réorganisé l'ensemble des pistes d'amélioration pour en présenter 12 à IISF. Suite à la fin du partenariat entre IISF et le Poste de santé au Sénégal, pour des raisons externes au projet de recherche, l'organisme a retenu six pistes d'amélioration qui lui semblaient pertinentes et transférables auprès de son nouveau partenaire au Bénin. À la page suivante se trouve tableau synthèse présente les pistes d'amélioration initialement identifiées par les participants et celles choisies par IISF ayant servi à l'élaboration des plans d'action.

Tableau 4.21

Synthèse des pistes d'amélioration

Étapes des trajectoires	Pistes d'amélioration proposées par les participants	Pistes d'amélioration révisées et retenues par le comité de recherche
Planification	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la collaboration avec le partenaire 2. Préciser la Liste de médicaments 3. S'assurer que les médicaments répondent aux besoins du partenaire 4. S'assurer que les médicaments répondent à ce qui est prescrit 5. Augmenter la quantité de méd. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la collaboration entre IISF et le partenaire
Encadrement	<ol style="list-style-type: none"> 6. Créer un comité 7. Publiciser sur le site web 8. Sensibiliser les ordres professionnels 9. Ajouter un bloc de formation DM 10. Mieux informer les coopérants sur l'utilisation des outils de IISF 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Renforcer l'encadrement des dons de médicaments
Collecte	<ol style="list-style-type: none"> 11. Avoir une entente avec un fournisseur de médicaments 12. Mieux préparer les coopérants pour la sollicitation des pharmaciens 13. Revoir les documents pour la sollicitation des pharmaciens 14. Remettre aux coopérants des prescriptions à usage professionnel 	
Sélection	<ol style="list-style-type: none"> 15. Renforcer le respect des critères de sélection des médicaments 	
Préparation et transport	<ol style="list-style-type: none"> 16. Les participants n'ont pas proposé de pistes d'amélioration particulières 	
Contrôles prédonations	<ol style="list-style-type: none"> 17. Faire une vérification du processus des dons par un pharmacien 18. Faire contrôler les médicaments par les autorités sénégalaises 	
Donation	<ol style="list-style-type: none"> 19. Rendre la donation plus officielle 20. Informer la population du contenu des dons 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Rendre la donation plus officielle et transparente

Prescription	<ul style="list-style-type: none"> 21. Ajouter un atelier sur la prescription 22. Remettre aux coopérants les protocoles locaux avant le départ 23. Impliquer les partenaires dans la préparation des coopérants 24. Expliquer certaines pratiques locales de prescription 25. Présenter les protocoles locaux à utiliser par les coopérants 26. Avoir des outils et des ouvrages de référence pour la prescription 27. Avoir plus de critères pour la prescription du paracétamol 28. Simplifier le schéma posologique 29. Faire un inventaire des médicaments à la pharmacie 30. Rassurer le patient qui ne nécessite pas d'ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Former les coopérants à la prescription et à l'enseignement spécifiques au milieu clinique <ul style="list-style-type: none"> • Atelier prédépart sur les modalités de prescription • Atelier préclinique sur les pratiques locales de prescription • Atelier préclinique sur la communication interculturelle
Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> 31. Renforcer l'observance thérapeutique 32. Assurer un suivi entre les groupes des patients traités 	
Utilisation Gestion locale	<ul style="list-style-type: none"> 33. Expliquer les médicaments remis à l'infirmier-chef 34. Favoriser l'accessibilité des médicaments à la population 	
Contrôles et suivis postdonations	<ul style="list-style-type: none"> 35. Avoir un comité local de surveillance 36. Débuter les démarches de vérification avant l'arrivée des groupes 37. Faire un suivi avec partenaire 38. Faire un suivi avec coopérants 39. Informer les coopérants des retombées des dons de médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Instaurer des suivis postdonations auprès du partenaire et des coopérants
Propositions d'alternatives	<ul style="list-style-type: none"> 40. Augmenter la quantité de médicaments pour offrir la gratuité 41. Acheter les médicaments au Sénégal avant l'arrivée du groupe 42. Passer par le circuit officiel d'approvisionnement 43. Renforcer la visibilité de l'achat des médicaments 44. Faire un suivi des médicaments achetés 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Acheter les médicaments localement

La réponse à ce troisième objectif de recherche consiste ainsi en six pistes d'amélioration lesquelles sont exposées dans ce chapitre. Tel qu'illustré à la figure 29, elles s'articulent autour de trois grands thèmes : (1) la planification collaborative entre IISF et son partenaire, (2) l'encadrement étroit des dons et (3) la formation spécifique des coopérants au rôle de prescripteurs. .

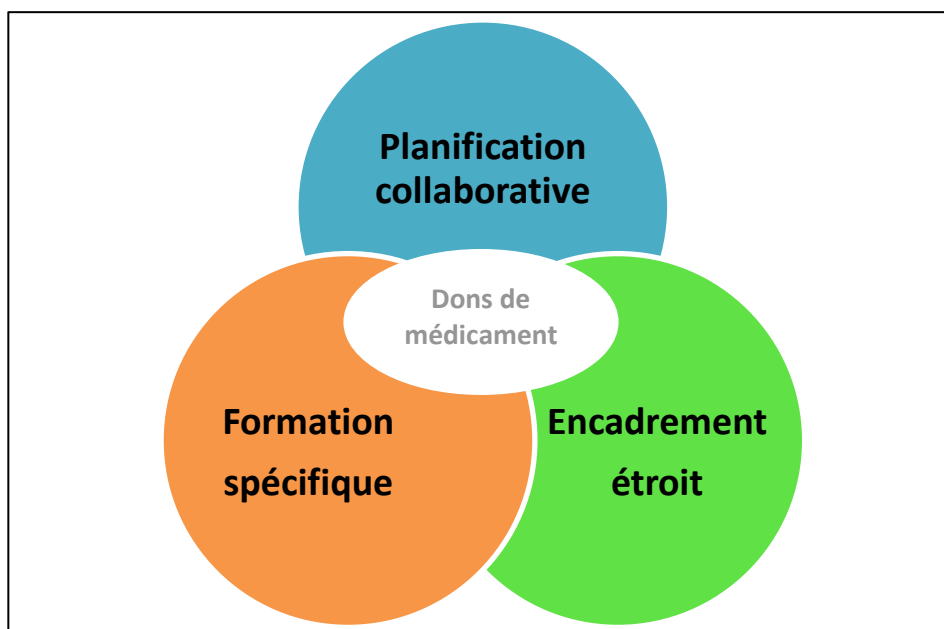


Figure 29 : Axes d'amélioration de la pratique des dons de médicaments pour IISF

4.18 Planification collaborative entre IISF et son partenaire

Le premier axe pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire est la planification collaborative. Il ressort de l'analyse l'importance de 1) renforcer cette collaboration et 2) d'évaluer l'alternative d'acheter les médicaments localement. Cette dernière ayant été abondamment discutée par les participants, ses principaux avantages et inconvénients sont approfondis.

4.18.1 Renforcer la collaboration entre IISF et le partenaire

Les participants proposent de renforcer la collaboration entre IISF et son partenaire notamment pour les prises de décision et pour l'identification des besoins en médicaments. D'abord, l'importance de travailler avec le partenaire est soulignée par les participants. Par exemple, pour le médecin-conseil de IISF, les décisions doivent être concertées et renforcer

les capacités du partenaire (*capacity building*), c'est-à-dire venir en appui au système déjà en place sans réinventer une nouvelle façon de faire ni créer de nouveaux besoins : « Plutôt que de créer des besoins, je pense que c'est mieux de travailler avec le milieu et puis de fonctionner avec eux de la même façon. (Médecin-conseil IISF, L314) ».

Ensuite, il est important pour les participants que IISF valide auprès de son partenaire ses besoins en médicaments, comme l'indiquent les participants suivants : « Pouvoir se parler donc être en contact avec [infirmier-chef de Poste] pour qu'il puisse vous orienter dans nos besoins essentiels. (Infirmier local, L596) ».

Il faut vraiment parler avec le partenaire. Comment qu'il voit ça et qu'est-ce qu'ils veulent vraiment. Est-ce qu'on leur rend service en apportant des valises [de médicaments]? Est-ce que ça fait leur affaire depuis qu'ils nous fournissent une Liste? C'est vraiment de les sonder finalement. (Coordonnatrice siège social IISF, L336)

Il faut se concerter avec l'infirmier-chef de Poste pour voir les médicaments qu'on utilise ici et les amener. Il ne faut pas qu'ils amènent des médicaments, sans connaître nos besoins ou les maladies présentes ici. (Traducteur local, L176)

Il est aussi proposé que le partenaire cible les médicaments les plus prioritaires de sa Liste et précise les quantités souhaitées ainsi que les quotas maximum pour chacun. Selon le pharmacien-conseil, une liste plus précise facilite la sollicitation des pharmaciens afin de les guider et éviter des dons inappropriés.

[Les pharmaciens] aimeraient ça avoir une liste de ce qui va être le plus distribué. Sinon si on leur laisse « ah faites-nous un don, on est ouvert pour avoir un don », y vont faire de leur mieux pour nous donner des choses mais si c'est vraiment pas une liste qui est précise et épurée, je pense que ça peut mener à plusieurs, plusieurs médicaments donnés inutilement puis du gaspillage de ressources. (Pharmacien-conseil IISF, L166)

4.18.2 Acheter les médicaments localement

La proposition d'acheter les médicaments localement est encouragée par l'ensemble des participants. Pour ce faire, le circuit à respecter serait que IISF indique à l'infirmier-chef de Poste les médicaments et la quantité souhaitée, il passe la commande à la pharmacie de district, celle-ci fait le lien avec la PRA pour recueillir l'ensemble des médicaments en

fonction de leur disponibilité puis le chauffeur va chercher la commande. Le délai minimal est de quelques jours. Pour le paiement, IISF paierait le Comité de santé qui effectuerait le réglément à la pharmacie de district. Toutefois, il se dégage de l'analyse thématique des arguments nuancés sur les avantages et les inconvénients de cette alternative. Ils sont résumés ci-dessous.

4.18.2.1 Avantages d'acheter les médicaments localement

Les participants considèrent qu'il est plus avantageux, pour tous, d'acheter localement les médicaments. Ces avantages sont repartis en cinq thèmes: (1) facilité pour les coopérants, (2) utilité pour le partenaire, (3) obtenir une plus grande quantité de médicaments, (4) conformité et (5) renforcement des capacités du partenaire.

Le premier avantage d'acheter les médicaments localement est la facilité. En effet, les coopérants n'ont plus à collecter les médicaments, rédiger l'inventaire, préparer les valises et les transporter au Sénégal. Les administrateurs et les coopérants considèrent qu'il est plus simple de faire un don monétaire pour que le partenaire achète lui-même les médicaments, occasionnant moins de perte de temps et d'énergie.

Qu'ils paient le 50\$ pis c'est fini. (...) qu'on l'achète là-bas, ça va être tellement moins de taponnage (...) tu vas voir les listes de pilules [qu'on va apporter], c'est vraiment pas gros là, ça vaut tu vraiment la peine? (Responsable de groupe #9, L1023)

On travaille, on est aux études, le temps y est précieux aussi pis pis je trouve que ça a l'air moins gros de donner 50 \$ (...) que de faire tous l'effort pour aller faire, c'est épuisant veut veut pas la commandite, à chaque fois que t'as des refus, c'est une déception aussi. Je trouve que de fournir le montant d'argent personnellement je trouve ça moins lourd pis plus facile que d'entamer toutes les démarches. (Coopérant #3, L234)

Le second avantage est l'utilité pour le partenaire. Selon les participants, il est préférable que ce soit le partenaire qui achète les médicaments en fonction de ses besoins. Les médicaments sont ainsi connus des prescripteurs, adaptés à leurs besoins et mieux utilisés.

L'avantage dans le fond c'est qu'ils puissent se procurer exactement ce qu'ils ont besoin au moment où y en ont besoin. (Coordonnatrice siège-social IISF, L229)

L'argent est plus facile pour nous, car cela permet de commander ce dont le Poste à besoin ; ce qui est adapté ici. Donc je trouve que l'argent est meilleur. (Dépositaire local, L152)

Le troisième avantage est que ça permet d'obtenir une plus grande quantité de médicaments. En effet, les participants canadiens ont la perception que les médicaments sénégalais sont moins dispendieux et qu'il est plus facile d'en obtenir une grande quantité.

Je vois pas pourquoi on passerait pas par leur système, ça coute moins cher, on va être capable d'aider à moindre coût ça devient une question d'affaire. (Trésorier IISF, L548)

J'avais l'impression par exemple qu'avec mon 50\$ j'achète trois quatre bouteilles au Québec, mais j'ai l'impression que mon 50\$ en Afrique en bout de ligne je vais avoir une plus grande quantité. (Coopérant #30, L87)

Le quatrième avantage est la conformité. Puisque le Poste de santé doit passer par le circuit officiel d'approvisionnement pour acheter les médicaments, cette alternative garantie que les médicaments achetés répondent aux normes nationales. Aussi, en procédant ainsi, IISF n'a pas à entreprendre les démarches d'importation de médicaments.

Ça va être mieux [de passer par la PRA] c'est sûr parce que quand vous le faites, ça facilite votre tâche parce que vous n'avez pas besoin d'aller demander des documents ou d'attendre les produits dans le pays, ça retarde pas à la PNA et tout. (Pharmacienne responsable PRA, L214)

Le cinquième et dernier avantage identifié par les participants est que ça renforce les capacités du partenaire (*capacity building*). Les participants considèrent qu'en donnant les moyens financiers au partenaire, ce dernier peut gérer l'argent avec autonomie et décider quels médicaments acheter. Selon le président de IISF, cette alternative contribue à « donner confiance en leur propre système (L1300) ». D'autres participants voient en cette alternative une manière de montrer aux bénéficiaires que IISF fait confiance à la qualité et à l'efficacité des médicaments sénégalais.

[Que les responsables locaux] n'aillent pas d'attentes non plus, que ça créé pas d'attentes ou de fausses idées que les médicaments qu'on trouve ici [au Québec] sont meilleurs que chez eux finalement. (Coordonnatrice siège-social IISF, L57)

4.18.2.2 Inconvénients d'acheter les médicaments localement

L'analyse thématique a également permis de dégager des inconvénients à l'alternative d'acheter localement les médicaments. À partir des propos des participants, cinq principaux thèmes sont identifiés: (1) moins d'utilité pour le partenaire (2) quantité insuffisante de médicaments (3) disponibilité incertaine des médicaments (4) déception des bénéficiaires et (5) méfiance en la gestion locale.

Le premier inconvénient est qu'il est moins utile pour le partenaire de recevoir de l'argent que des médicaments. Tel que décrit à la section 4.17.1 Source de revenus, les médicaments reçus en dons sont revendus, ils sont ainsi une source de revenus pour le Poste. Pour les prescripteurs locaux, ils sont plus utiles qu'un don monétaire car l'argent amassé permet à son tour d'acheter les médicaments, et autres biens, dont ils ont besoin.

Si un patient vient, on ne donne pas de l'argent pour acheter pour acheter des médicaments, on donne de l'argent? Non on doit prescrire il va acheter à la pharmacie. (...) si on vend les médicaments on pourra gagner de l'argent. Tout revient presque au même quoi, mais c'est les médicaments qui a plus d'importance je crois. Si vraiment ça répond à nos propres protocoles, c'est-à-dire que nos médicaments qu'on utilise si ça répond aux médicaments qu'on utilise très souvent, qui sont utiles vraiment c'est plus important que de donner de l'argent. (Infirmier local, L320)

Les dons de médicaments sont également plus utiles pour les coopérants. Tel qu'expliqué par le pharmacien-conseil de IISF, et décrit à la section 4.14.4 Donner pour faciliter la prescription des coopérants, apporter les médicaments du Québec assure aux coopérants d'avoir les médicaments avec lesquels ils sont à l'aise de prescrire : « en ayant notre propre don puis en étant disons plus à l'aise avec ce qu'on apporte, on est capable d'être plus efficace dans les soins etc. (Pharmacien-conseil IISF, L398) ».

Le second inconvénient d'acheter localement est la quantité insuffisante de médicaments. Les participants ont l'impression que le montant actuel fixé par IISF pour le don monétaire est insuffisant pour acheter la quantité de médicaments équivalente à celle prescrite par les coopérants. À ce sujet, l'infirmier-chef de Poste donne l'exemple du don monétaire du groupe Universitaire : « c'est sûr que 700\$ (...) c'est sûr qu'on n'allait même pas couvrir la mission pour trois semaines, ça ne peut pas couvrir la mission. (23 mai 2017, L279) ». Néanmoins, même si la quantité de médicaments achetés localement par les groupes est

insuffisante, elle constitue tout de même une source de revenu supplémentaire pour le Comité de santé.

Un troisième inconvénient à l'achat local selon les participants, est la disponibilité incertaine des médicaments. Cet argument s'appuie notamment sur les ruptures de stock constatées lors des MMCT au Sénégal. D'ailleurs les prescripteurs locaux préviennent que malgré un don monétaire, la possibilité d'acheter les médicaments nécessaires avant l'arrivée des groupes n'est pas garantie.

Les médicaments que vous amenez là on a besoin, on a notre argent ici et à [à la pharmacie de district] y a pas ce médicament là et peut-être à [la pharmacie régionale] y a pas le médicament (...). C'est pourquoi ce que vous amenez là comme médicaments c'est important. (Infirmier local, L310)

Vous nous apportez des médicaments, les médicaments nous avons besoin de ça, parce qu'ici il y a des ruptures. Oui! Il y a des ruptures. Si vous donnez de l'argent et qu'on ne trouve pas le médicament l'argent sert à rien, sert à rien. (Sage-femme locale, L301)

Dans le même sens, une responsable de groupe souligne que d'apporter les médicaments du Québec est aussi une manière de s'assurer d'avoir une meilleure diversité de médicaments comparativement à ce qui est disponible à la PRA advenant l'achat sur place.

Est-ce que la pharmacie régionale a la médication qu'on a de besoin? Est-ce qu'on apporte une diversité ...nous ...en apportant la médication que de toute façon ça serait pas, ça serait pas dans la pharmacie régionale. (...) Au Sénégal si y a une pénurie de cipro ça va jusqu'à la pharmacie régionale, hop, y en a pas, mais que si nous on en apporte là on en a. (Responsable de groupe #7, L324)

Un quatrième inconvénient de l'achat local est la perception des participants que les bénéficiaires éprouveraient une déception s'ils reçoivent qu'un don monétaire. Tel que décrit à la section 4.17.2.4 Attentes et dépendances aux médicaments canadiens, les bénéficiaires s'attendent à recevoir des médicaments : «Les gens y savent que quand que nous on arrive, qu'on en a des médicaments. Je pense qu'il y aurait une déception par rapport au peuple. (Responsable de groupe #6, L901) ». Dans le même sens, les participants sénégalais considèrent que le don monétaire crée moins d'engouement pour la communauté à venir consulter au Poste de santé.

Vraiment c'est, c'est, c'est très, c'est très important pour moi, c'est très important les dons de médicaments, c'est très important. Et c'est vraiment ce qui donne vraiment l'engouement de, de la, de la mission. (Infirmier-chef de Poste, 23 mai 2017, L316)

D'autant plus qu'ils viennent pour intervenir avec des gens, il faut, moi je pense, ça c'est ma conviction à moi, et si les gens n'en font pas [de DM], moi je suis sûr et certain, tôt ou tard, on va se diriger vers un entonnoir, ça va être de plus en plus serré, les malades décideront de fuir d'années en années. C'est très important. (Coordonnateur local, L609)

Le cinquième et dernier inconvénient d'acheter les médicaments localement est la méfiance des participants en la gestion du don monétaire. Les participants canadiens et sénégalais craignent qu'une partie de l'argent soit détournée ou encore servent à d'autres fins. Comme décrit à la section 4.15.5 Gestion locale : source de confiance et de méfiance, il semble aussi que le manque de suivis postdonations contribue à cette méfiance.

Mon questionnement c'est est-ce qu'ils vont vraiment acheter des médicaments avec ça? Comment on sait que c'est vraiment, ça va vraiment servir à ça parce que c'est un énorme montant qu'ils pourraient faire beaucoup d'autres choses avec ça. (Administratrice #7, L247)

Le Comité de santé peut prendre l'argent et l'utiliser à d'autres fins, c'est aussi simple que ça, faire des constructions, est-ce que c'est ça qui avait été prévu? On avait dit médicaments. (Coordonnateur local, L567)

Cette méfiance en la gestion du don monétaire se reflète aussi dans les propos des participants canadiens et sénégalais disant avoir davantage confiance dans un don matériel, lequel apparaît plus certain d'atteindre la population et plus visible.

C'est des gens pauvres, y faut pas se le cacher la pauvreté, (...) les besoins sont trop grands au niveau des habitants quand tu vois arriver pis tu vois toute cette désolation-là, tu te dis « ah seigneur », il faut que l'argent pis y faut que les médicaments aillent au bon endroit. (...) je préfère faire un don de médicaments qui va servir une communauté que de faire un don en argent en sachant pas trop où ça va. (Responsable de groupe #3, 10 février 2017, L725)

Si on a uniquement l'argent, on peut acheter les médicaments. Mais j'aurais préféré qu'il y ait des médicaments, même si c'est un peu. Ce serait une bonne chose. C'est plus visible que l'argent que vous nous remettez. Les

photos prises avec les médicaments sont une preuve. (Président du Comité de santé : L156)

4.19 Encadrement étroit des dons de médicaments

Le deuxième axe pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire est l'encadrement étroit des dons de médicaments. Ce résultat s'appuie sur les lacunes de la trajectoire précédemment décrites, notamment la sélection inappropriée de certains médicaments (section 4.4) ainsi que l'absence de contrôles prédonation et postdonation (sections 4.6 et 4.12). Aussi, cet axe fait écho aux résultats portant sur les perceptions de confiance et de méfiance en la gestion locale des dons (section 4.15.5). Cet encadrement étroit consiste à renforcer l'encadrement des dons, rendre la donation plus officielle et d'instaurer des suivis postdonations.

4.19.1 Renforcer l'encadrement des dons de médicaments

Afin de renforcer l'encadrement des dons de médicaments, les administrateurs proposent de créer un comité IISF-Dons de médicaments. Les rôles du comité sont d'identifier les recommandations de bonnes pratiques pour les dons de médicaments et de guider le conseil d'administration de IISF sur l'application de ces recommandations.

Il va falloir créer un comité de dons de médicaments et étudier les résultats, les recommandations, qu'est-ce que nous nous pouvons faire, est-ce que c'est accessible pour nous. On va utiliser le pharmacien avec ses compétences et je pense qu'il va falloir impliquer le médecin, notre médecin conseiller aussi, qu'il voit la trajectoire là-dedans. Pour essayer d'être le plus, surtout si t'arrives avec tes recommandations envers le conseil d'administration si c'est quelque chose qui nécessite une recommandation, une résolution, vers une résolution, j'utiliserai ce comité-là. (Président IISF, L1545)

D'ailleurs, le trésorier de IISF exprime son insatisfaction que IISF n'ait pas une Politique des dons de médicaments : « mon insatisfaction, on n'a pas une politique de médicaments cohérente actuellement. (L621) ». Il propose que cette politique soit rédigée par le comité IISF-Dons de médicaments. Selon lui, cette politique est nécessaire pour donner une ligne directrice en accord avec la Charte de IISF et les Principes directeurs de l'OMS.

Il faudrait un meilleur système, donc si IISF veut continuer dans cette avenue-là y faudrait peut-être qu'ils prennent position et une fois qu'on a

pris position qu'on l'applique (...) il faut qu'on ait une politique pour les médicaments au niveau des dons de médicaments qui est cohérente avec les besoins du milieu parce que je considère qu'elle n'est pas cohérente avec les besoins du milieu. (Trésorier IISF, L313)

Il apparaît aussi important pour les participants que ce comité vérifie auprès de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) la légalité de la prescription à usage professionnel. De même, une vérification doit être faite auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) concernant la prescription des coopérants lorsqu'ils sont à l'étranger et les devoirs déontologiques liés à la prescription. Après ces vérifications, et modifications pour se conformer aux normes légales, IISF peut faire la promotion auprès du public, des professionnels de santé et des OCI sur sa façon d'encadrer les dons de médicaments. Cette promotion vise à sensibiliser les acteurs que les dons de médicaments doivent être réfléchis, répondre aux standards internationaux, nationaux et légaux.

Parce que les étrangers qui viennent nous visiter qui feront pas jamais affaire avec nous mais ils vont le voir « oups IISF a des normes de pratiques pour le don de médicaments ». Moi je rêve là, je suis en train de me dire qu'on devrait avoir un onglet ou dans don, peut-être rentrer dans le don, mais il faut parler qu'on fait pas ça à la légère. On prend pas ce geste-là à la légère et on a des normes à suivre, communiquez avec nous ou quelque chose comme ça. (Président IISF, L1455)

L'amélioration de l'encadrement s'applique aussi au niveau de la vérification des médicaments apportés par les groupes. Dans un premier temps, il s'agit d'avoir une procédure plus étroite et systématique entre le coordonnateur aux projets internationaux et les responsables de groupe pour la remise de l'inventaire des dons de médicaments.

Peut-être que dans la solution, ça c'est à noter, que quand le Coordonnateur aux projets appelle les groupes, (...) quand il fait l'appel un mois avant, de dire « votre liste de médicaments c'est aujourd'hui ou il est trop tard ». Pis là on va avoir de quoi à agir. Mais il faut mettre une procédure vraiment plus serrée. (Président IISF, 3 janvier 2018, L81)

Ensuite, il s'agit de vérifier cet inventaire par l'un des membres du comité IISF-Dons de médicaments, par exemple le pharmacien-conseil, pour valider que le contenu respecte les critères de sélection du partenaire et de IISF.

qu'ils nous envoient disons le document Excel avec le barème décidé et une personne qui révise (...) En faisant ce tri-là prédépart, je pense qu'on est capable de faire des modifications et ajuster notre don de médicaments de manière plus optimale, puis en le faisant, on s'assure de répondre vraiment à la demande sénégalaise. (Pharmacien-conseil IISF, L490)

Selon le trésorier de IISF, cette vérification est également un gage de qualité et protège l'organisme contre d'éventuels problèmes légaux, par exemple en s'assurant qu'aucun des médicaments ne soit l'objet d'un rappel par Santé Canada.

Si j'avais une poursuite ou un problème légal je serais plus à l'aise de dire « oui monsieur le juge on a un système de vérification qui est fait par notre expert un pharmacien et puis à chaque don de médicaments il va valider le médicament ». (...) Au moins moralement on peut dire que « regarde les médicaments qui sont donnés c'est pas juste *pitché* comme ça là, c'est vérifié par un pharmacien ». (Trésorier IISF, L660)

4.19.2 Rendre la donation plus officielle et transparente

Une autre piste d'amélioration pour un encadrement plus étroit des dons de médicaments est de rendre la donation plus officielle et transparente. Les participants suggèrent que le comité IISF-Dons de médicaments revoit la procédure de la donation pour qu'il y ait une remise d'un accusé de réception par le partenaire.

Le Comité [de santé] devrait, on devrait peut-être penser à ça aussi, toujours demander un papier de réception, qu'ils accusent réception des médicaments de tel groupe avec la quantité, le listing. (Président IISF, L804)

Pour l'une des responsables de groupe, recevoir l'accusé de réception est une mesure nécessaire pour avoir un suivi des dons et pour s'assurer d'avoir fait le don adéquatement.

Je me dis que tous les dons qu'on donne, ça devrait être répertorié à quelque part autant pour l'administration de la clinique sur place pour qu'on voit des traces de qu'est-ce qui est rentré, qu'est-ce qui est sorti pour justement s'assurer que y a pas personne qui garde de l'argent dans leur poche, je pense que c'est une question d'intégrité en fait. De laisser des traces pour savoir où quoi comment, qu'est-ce qui se passe. (...) [après avoir reçu un accusé de réception] tu vas partir avec le sentiment de te dire « moi ma chaîne je l'ai accomplie de quand je suis partie du Québec pis je l'ai rendue à bon port avec la procédure qu'on me demande de faire ». (Responsable de groupe #1, L165)

En réponse, le comité de recherche conseille que IISF mandate une personne pour rappeler aux responsables des groupes de demander un accusé de réception signé par le partenaire et de prendre une photo de la donation pour une diffusion sur le site Web.

4.19.3 Instauration des suivis postdonations auprès du partenaire et des coopérants

Une autre piste d'amélioration pour un encadrement plus étroit des dons de médicaments est l'instauration de suivis postdonations. Selon le président de IISF, il est important d'assurer un suivi auprès du partenaire pour évaluer sa satisfaction des dons reçus par chacun des groupes.

Le suivi soit peut-être plus étroit envers l'infirmier-chef « que penses-tu de ce que tu as reçu de ce groupe-là? Est-ce que ça t'a été utile? Y a-t-il finalement des médicaments qui n'étaient pas dans ta liste pis que tu n'utilises pas ou que finalement tu aimes? ». (Président IISF, L1465)

Dans le même sens, le pharmacien-conseil de IISF et le coordonnateur local évoquent l'idée que le partenaire remette un bilan de l'utilisation des dons de médicaments. Ce bilan servirait à ajuster la quantité de médicaments apportés par les groupes et à avoir un suivi plus étroit de la gestion locale.

On peut-tu avoir un suivi de nos quantités, de ce qui a été écoulé, en combien de temps que ça l'a été écoulé? Après ça on est capable de se faire une rétroaction sur si tous nos médicaments qui ont été écoulés en 1 mois versus ceux qui ont été écoulés en 12 mois, là je sais que je pourrais apporter plus de lui le prochain coup. Donc ce serait d'évaluer la durée des stocks qui sont en place. (Pharmacien-conseil IISF, L607)

La seule suggestion que je voulais peut-être faire à IISF, c'est de demander à ses partenaires locaux par rapport à la gestion des médicaments, de leur faire des rapports. (...), vous faites un rapport à vos donateurs, mais eux aussi ils devraient faire la même chose. À base, ce rapport-là, on peut étudier pour voir, on vient sur le terrain, on va voir est-ce que ce qui a été dit dans le rapport, est-ce qu'on voit ça? (Coordonnateur local, L1126)

Quant aux suivis postdonations auprès des coopérants, les administrateurs reconnaissent qu'il y a une faiblesse dans le processus actuel à IISF. Ils suggèrent qu'un administrateur soit mandaté pour effectuer ce suivi auprès des responsables de groupe pour recueillir leurs commentaires sur l'ensemble du processus des dons de médicaments.

Je pense qu'il faudrait aussi voir avec les groupes comment ça se passe aussi pour eux, comment ils voient ça, comment qu'ils se sentent avec ça, (...) Peut-être qu'on est vraiment dans le champ pis y a juste personne qui nous l'a vraiment dit. Peut-être qu'on fonctionne d'une super bonne façon. (Coordonnatrice siège-social IISF, L352)

Dans le même sens, les responsables de groupe et les coopérants expriment leur souhait d'être informés sur les retombées et l'utilité de leurs dons de médicaments.

Est-ce qu'on pourrait pas avoir un rapport par l'infirmier qui est là en place ou par la pharmacie, de dire « voilà les dons qu'on a reçu, y a six [groupes] qui est allé, on a eu tout ça, voilà à quoi ça été utilisé. D'avoir un espèce de compte-rendu de la place de voilà à quoi vos dons ont été utiles. On aurait un sentiment de se dire « tabarnanne! » [ton de fierté]. (Responsable de groupe #1, L801)

4.20 Formation spécifique des coopérants au rôle de prescripteurs

Le troisième axe pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire est la formation spécifique des coopérants au rôle de prescripteurs. Ce résultat s'appuie sur les difficultés rencontrées par les coopérants lors de la prescription et de l'enseignement (sections 4.8.3 et 4.9.2). Pour y parvenir, il s'agit de former les coopérants à la prescription et à l'enseignement de manière spécifique à leur nouveau rôle et aux particularités du milieu (socioculturelles, médicales, organisationnelles, etc.).

En effet, les participants souhaitent être mieux préparés à la prescription et à l'enseignement de la médication dans le contexte spécifique du milieu clinique. Les besoins de formation qui ont émergé des résultats concernent (1) les modalités de prescription, (2) les pratiques locales de prescription et (3) l'enseignement en contexte interculturel.

4.20.1 Les modalités de prescription

Certains coopérants ne se sont pas sentis suffisamment préparés à leur rôle de prescripteur notamment parce qu'ils ne connaissaient pas les modalités de la prescription au Poste de santé: « On se rend compte qu'on n'est pas si préparées que ça, pis oui c'est en arrivant pis en le faisant en étant sur le tas qu'on apprend vraiment. (Coopérant #8, L1729) », « On a comme pas eu de préparation sur la prescription justement de médicaments. (Coopérant #1, L262) ». Parmi les besoins en formation, les participants disent vouloir connaître avant

leur départ les médicaments généralement disponibles sur place, comment décider du traitement lorsque certains médicaments ne sont pas disponibles, quels sont les protocoles thérapeutiques locaux et comment rédiger l'ordonnance. Selon eux, un atelier sur la prescription serait aidant pour outiller les coopérants dans leur rôle de prescripteurs et qu'ils se sentent plus habiles et efficaces en clinique.

La façon de monter ton ordonnance aussi, pis quand c'est un enfant de moins de cinq ans, faut inscrire CMU en haut à droite. C'est des petits détails qu'on savait pas mais qui nous a fait perdre beaucoup de temps dans la formulation de nos ordonnances aussi. (Responsable de groupe #6, L957)

Je pense qu'on devrait recevoir une liste des médicaments que eux utilisent pour qu'on puisse les consulter avant, (...) c'est quoi que vous avez de disponible actuellement? Quel médicament est en rupture de stock? Pis c'est quoi les maladies les plus fréquentes que vous voyez présentement? À quoi on doit s'attendre? (Responsable de groupe #10, L814)

Je pense que ce qui serait intéressant, ce serait de recevoir les protocoles avant de partir en mission, (...) je pense que pour nous aider dans nos prescriptions si on peut avoir accès à ces protocoles là avant le départ, on pourrait familiariser nos jeunes avant le départ. Donc on serait un peu plus outillés (Responsable de groupe #3, 15 septembre 2017, L265)

Par ailleurs, en écho aux résultats sur les tensions et les malaises avec les patients lors de la prescription (section 4.8.3.3), le comité de recherche conseille d'inclure dans cet atelier le sujet de la prescription d'interventions infirmières non-pharmacologiques. Ces traitements peuvent être rédigés sur une feuille d'ordonnance remise aux patients. Par exemple, en cas de fièvre chez un enfant, tel que recommandé par le Guide clinique de MSF (2016), l'infirmière peut « prescrire » de découvrir l'enfant et de lui faire boire de l'eau de riz (pratique courante au Sénégal) afin de prévenir la déshydratation. De même, pour les patients venant pour un contrôle de leur pression artérielle, afin de réduire leur apport en sel (MSF, 2016), l'infirmière peut leur « prescrire » de ne pas manger salé au repas du soir et de prendre une marche au village le soir. D'ailleurs, ces consignes sont déjà utilisées oralement par les infirmiers locaux, elles apparaissent ainsi culturellement adaptées. Le comité considère qu'en écrivant sur une ordonnance ces interventions non-pharmacologiques, les patients seraient plus enclins à les appliquer et auraient l'impression

d'avoir un traitement pour leur symptôme, minimisant ainsi leur déception de recevoir peu ou pas de médicaments.

Lors de la rencontre de travail, le président de IISF a rappelé au comité de recherche l'importance des prescriptions infirmières non-pharmacologiques, même si elles paraissent moins *glamour*, qu'elles sont toutes aussi importantes que de prescrire des médicaments. Les coopérants ne doivent pas hésiter à appuyer leur enseignement avec une ordonnance écrite d'une intervention infirmière. (Journal de bord, 7 février 2019)

4.20.2 Les pratiques locales de prescription

L'utilité pour les coopérants de participer à un atelier préclinique sur les pratiques locales de prescription ressort des résultats. Co-animés par les responsables de groupe et l'infirmier-chef de Poste, cet atelier est l'occasion de faire un rappel sur les modalités de prescription et d'informer sur les pratiques locales de prescription. Concrètement, cet atelier préclinique permet à l'infirmier-chef de Poste de présenter ses protocoles thérapeutiques et les traitements pour les pathologies fréquemment rencontrées. Il peut aussi expliquer certaines pratiques locales telles que la priorisation des traitements sur l'ordonnance, la non-prescription des tubes d'onguent, la prescription des vitamines en fonction de l'impression diagnostique, la prescription des médicaments en suspension par bouteilles, l'importance de réassurer le patient n'ayant pas besoin de médicaments, etc. De plus, il peut donner aux coopérants une ligne de conduite sur la prescription. Par exemple : doit-on prescrire de l'acétaminophène lorsque l'état du patient ne le requiert pas mais qu'il en demande? Quelle quantité maximale peut-on prescrire? Cet atelier répond à une demande des coopérants d'avoir des critères de prescription clairs et uniformes et ainsi éviter les tensions avec les patients.

On a toutes été confrontées à j'en prescristu ou j'en prescristu pas, je sais pas si y a une possibilité d'avoir un peu plus de ... je sais pas comment dire... des critères. Nous donner une ligne directrice de nous dire si t'as cette situation-là, prescrist-en pas, prescrist en pas même si le patient dit ou si c'est clair avec tout le monde pis personne se sent mal de prescrire du paracétamol pour rien qu'on le dise « si y en veut tu lui en prescrist », de le savoir vraiment. (Coopérant #8, L1441)

Cet atelier est aussi l'occasion d'expliquer certaines pratiques culturelles des patients avec les médicaments. Par exemple, que plusieurs patients ont des difficultés à avaler les

comprimés ce qui nuit à leur observance thérapeutique. De plus, l’infirmier-chef de Poste peut rappeler aux coopérants de renforcer l’observance thérapeutique des patients. En effet, les participants ont mentionné l’importance d’insister sur les consignes de la prise du traitement, de le prendre jusqu’à la fin, de ne pas le partager avec d’autres personnes et de les sensibiliser au risque d’échec si l’observance n’était pas adéquate.

De dire qu’il doit vraiment prendre son traitement au complet, de mettre l’emphase là-dessus et que s’il juge que d’autres personnes ont besoin de ce médicament-là, pis de peut-être vraiment de dire que si il le fractionne ou le prend pas au complet, ça risque d’échouer, en le sensibilisant là-dessus, peut-être qu’il va nous référer les personnes avec le problème, surtout en restant accessibles aussi. (Pharmacien-conseil IISF, L343)

Cet atelier préclinique s’inscrit d’ailleurs dans le souhait émis par l’infirmier-chef de Poste d’être impliqué davantage dans la préparation des coopérants car, comme il le rappelle, il est la personne la mieux placée pour expliquer certaines pratiques :

Il y a des réalités sur le terrain qui nous seuls qui sont là nous sommes les plus les plus indiqués, les plus sensés à les déterminer (...) je l’ai toujours dit [au président de IISF], même si c’est une fois, on devrait venir là-bas pour au moins participer dans la préparation et ça pourrait avoir un impact positif. (Infirmier-chef de Poste, 23 mai 2017, L605)

4.20.3 L’enseignement en contexte interculturel

Concernant l’enseignement de la médication aux patients, les participants n’ont pas proposé de pistes d’amélioration outre celles déjà présentées à la section 4.9.3 sur les stratégies employées pour faciliter l’enseignement. Toutefois, le comité de recherche suggère d’offrir un atelier sur la communication interculturelle avec les traducteurs avant le début des activités cliniques. Selon le comité, la compréhension du patient est un enjeu d’éthique professionnelle et les coopérants doivent s’assurer que le patient ait bien compris les consignes de la prise de sa médication, par exemple cela pourrait se faire à l’aide de pictogrammes tels qu’utilisés au Poste de santé par les infirmiers et les dépositaires.

4.21 Synthèse des pistes d’amélioration

Cette troisième et dernière partie du chapitre a présenté les pistes d’amélioration ayant émergé de l’analyse des données. Celles-ci proviennent d’une démarche rigoureuse de

discussion, de réorganisation, de priorisation et de validation par le comité de recherche. Au total, six pistes d'action ont été retenues pour leur pertinence et leur transférabilité auprès du nouveau partenaire de IISF au Bénin. Celles-ci se regroupent autour de trois axes complémentaires : 1) la planification collaborative, 2) l'encadrement étroit des dons de médicaments et 3) la formation spécifique des coopérants à leur rôle de prescripteurs.

Pour le premier axe, la planification collaborative, les participants ont suggéré de renforcer la collaboration entre IISF et son partenaire. Cette collaboration devrait être encouragée notamment lors des prises de décision concernant la pratique des dons de médicaments et lors la validation des besoins en médicaments, par exemple en précisant les quantités souhaitées. Une deuxième proposition soulevée par les participants est d'acheter localement les médicaments. L'analyse des données a permis d'identifier des avantages et des inconvénients de cette alternative en comparaison à la collecte des médicaments au Québec. D'une part, l'achat local apparaît aux participants comme étant plus facile, permettrait d'obtenir une plus grande quantité, serait plus utile pour les bénéficiaires, respecterait les normes locales et renforcerait les capacités du partenaire (autonomie dans la gestion du don monétaire pour l'achat des médicaments). Des propos divergents ont mis en lumière certains inconvénients liés à cette option. Pour d'autres participants, l'achat local serait moins utile que les médicaments provenant du Québec, la quantité ne serait pas suffisante pour couvrir les besoins durant la MMCT, certains médicaments locaux peuvent être indisponibles au moment de l'achat, les bénéficiaires pourraient être déçus de ne pas recevoir de médicaments et certains ont exprimé des sentiments de méfiance à l'égard de la gestion locale du don monétaire. Ces résultats appuient l'importance pour IISF de collaborer étroitement avec son partenaire afin d'évaluer le rapport bénéfices/inconvénients ainsi que la faisabilité d'une telle option avant de prendre une décision d'acheter localement, ou pas, les médicaments.

Le second axe mis en lumière par les résultats est l'encadrement étroit des dons de médicaments. À partir de leur expérience, les participants ont reconnu la nécessité de renforcer l'encadrement des dons de médicaments, par exemple en créant un comité interne à IISF, de développer une Politique pour les dons de médicaments et de vérifier les inventaires avant le départ des MMCT. Aussi, recevoir un accusé de réception après la

donation est apparu pour les participants comme une mesure importante d'encadrement des dons. Enfin, ils suggèrent d'instaurer des suivis spécifiques auprès du partenaire et des coopérants afin de faire un bilan des dons reçus et utilisés ainsi que sur les besoins pour les prochains groupes.

Le troisième et dernier axe porte sur la formation spécifique des coopérants à leur rôle de prescripteurs. Les résultats ont mis en lumière divers besoins de formation (modalités de prescription, pratiques locales, enseignement en contexte interculturel). Les participants ont signifié leur intérêt à recevoir des ateliers lors de la formation prédépart et à leur arrivée au Poste de santé.

Les résultats à ce troisième et dernier objectif viennent clore la démarche de recherche-action ethnographique. En effet, ceux-ci proviennent d'une part des connaissances produites lors des deux objectifs précédents portant sur les trajectoires et les perceptions, et d'autre part du corpus de données. Les thèmes ayant émergé de l'analyse des données renseignent sur les besoins et les préoccupations des participants suite à leur expérience avec les dons de médicaments. La pratique des dons de médicaments apparaît ainsi comme une pratique professionnelle devant être ancrée dans une approche collaborative entre l'OCI et son partenaire, être encadrée par ces derniers et faire l'objet de formations spécifiques aux coopérants. À la lumière de ces résultats, la mise en œuvre de ces trois axes d'amélioration nécessite l'implication de tous les acteurs et particulièrement du partenaire.

CHAPITRE 5: DISCUSSION

Cette recherche visait à améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire. Elle répond aux trois objectifs de recherche qui étaient: (1) Décrire les trajectoires des dons de médicaments avant, pendant et après des MMCT de IISF au Sénégal; (2) Explorer les perceptions des administrateurs de IISF, des coopérants et des bénéficiaires sur les dons de médicaments remis lors des MMCT de IISF au Sénégal et (3) Co-déterminer des pistes d'action pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire.

Ce cinquième et dernier chapitre est divisé en sept parties : les trois premières parties présentent la discussion des résultats en les contrastant à la littérature scientifique. Plus spécifiquement, il sera explicité :1) que les trajectoires des dons de médicaments sont complexes, 2) que les perceptions des acteurs sur les dons de médicaments sont plurielles et 3) que les solutions pour améliorer la pratique des dons de médicaments s'articulent autour de trois axes complémentaires. La quatrième partie propose 4) une analyse transversale des principaux résultats avec le cadre de référence sur le phénomène du don. Ensuite, la cinquième partie consiste en 5) une réflexion critique sur la scientificité de la démarche et met en relief ses principales forces et limites. Pour terminer, 6) les retombées estimées et 7) les pistes de recherche futures sont énoncées.

5.1 Des trajectoires complexes entre IISF, ses coopérants et son partenaire

Les dons de médicaments doivent respecter les Principes directeurs de l'OMS (Gorske, 2009; Olenick et Edwards, 2016; Roche, et *al.*, 2017; Sykes, 2014). Ceux-ci sont d'ailleurs le cadre de référence de l'arrêté sénégalais pour l'importation des dons de médicaments (MSPHP, 2009) et IISF a pris la position officielle de s'y conformer. Or, leur mise en œuvre par les organismes peut être complexe (Cañigüeral-Vila et *al.*, 2015).

À la lumière des résultats, cette première partie de la discussion montre comment ces Principes sont appliqués par IISF. Pour chacun des grands temps d'une MMCT, soit avant, pendant et après, les forces et les lacunes de la pratique des dons sont discutées.

Avant les MMCT

5.1.1 Une prise de décision inégale pour la planification des dons

Un premier constat de cette étude est que les décisions sont principalement prises par IISF. Par exemple, IISF a eu un poids déterminant dans la décision d'instaurer un don monétaire pour compenser les dons de médicaments. Cette prise de décision plutôt unilatérale par IISF fait écho à Berry (2014) et DeCamp *et al.* (2014). Ils affirment que souvent lors des MCMT, l'agenda de l'organisme prime sur celui du partenaire qui n'exprime pas ses exigences par crainte de nuire au partenariat et aux retombées pour lui et pour la communauté. Les résultats de cette étude mettent en lumière également, à l'instar de l'étude de Rozier *et al.* (2017), une discordance entre le discours de IISF et le ressenti de son partenaire sur cette collaboration lors de la planification des dons. D'un côté, IISF stipule dans sa Charte soutenir la collaboration et valoriser le renforcement des capacités locales de son partenaire. D'un autre côté, IISF n'effectue pas de suivi formel auprès de son partenaire afin de connaître son appréciation des dons reçus. En conséquence, ce dernier a l'impression que sa préférence pour recevoir des dons de médicaments ne soit pas prise en compte dans la planification des dons.

En ce qui concerne l'identification des besoins en médicaments, les résultats révèlent une collaboration plus égale entre IISF et son partenaire qui s'implique dans la rédaction et la révision annuelle de sa Liste. Il a été observé que IISF respecte la demande de son partenaire en exigeant aux coopérants d'apporter que des médicaments inscrits sur cette Liste. L'importance de l'implication du partenaire dans l'identification des besoins et du respect de ceux-ci par les MMCT a été soulignée ailleurs (Brown et Ferrill, 2012, Scopelliti *et al.*, 2014).

5.1.2 Une liste imprécise des besoins en médicaments

Dans cette étude, les résultats montrent que l'identification des besoins en médicaments n'est pas assez précise pour les donateurs. Or, l'identification précise des besoins sur une Liste est nécessaire pour la planification des dons de médicaments et doit être effectuée par le bénéficiaire (WHO, 2011). Un résultat intéressant de cette étude est que la Liste rédigée par le partenaire répond aux Principes directeurs de l'OMS (WHO, 2011) puisque tous les médicaments sont inscrits sur la LNMPE et sont autorisés dans un Poste de santé. Ces

normes renforcent l'accessibilité des médicaments dans le pays après le départ de la MMCT afin d'assurer leur continuité (Roche et *al.*, 2017). Cette étude confirme également l'utilité de la Liste du partenaire pour guider les coopérants dans la collecte des médicaments. Toutefois, le manque de précision de la Liste a été mis en lumière par les résultats de cette étude. Les participants ont en effet souligné la nécessité de connaître la quantité souhaitée pour chaque médicament et leur ordre de priorité. L'importance d'avoir une liste précise est rapportée dans un contexte similaire (Scopelliti et *al.*, 2014).

5.1.3 Un encadrement varié mais insuffisant

Dans la littérature scientifique portant sur la préparation des coopérants, le thème des dons de médicaments est peu décrit (Kalbarczyk et *al.*, 2019). Pour plusieurs participants de cette étude, l'encadrement de IISF pour les démarches avec les dons de médicaments est nécessaire. Toutefois, bien qu'il ait pris différentes formes (personnes-ressources, formation, documents de référence disponibles en ligne, services et outils), certains participants se sont sentis laissés à eux-mêmes. À notre connaissance, ce constat est nouveau car, hormis de rares articles professionnels et anecdotiques (voir Brown et Ferrill, 2012; Solheim, 2007), la collecte des dons et les difficultés pouvant être vécus par les coopérants à cette étape n'ont pas été décrites. À l'instar de Brown et Ferrill (2012), les coopérants ont besoin d'encadrement pour leurs démarches avec les dons de médicaments avant et pendant leur MMCT. Celui-ci doit inclure des informations précises telles qu'une liste précise des médicaments à collecter, une liste des organismes fournisseurs de médicaments avec leurs modalités, une estimation du budget pour l'achat de médicaments et les informations sur les normes légales de transport et d'importation de médicaments dans le pays. Un constat de cette étude est que malgré les divers moyens proposés par IISF pour aider les coopérants dans leurs démarches, l'encadrement n'était pas suffisant. Or, selon sa Charte, IISF s'engage à « [offrir] un soutien structurant afin de soutenir toutes les étapes à l'élaboration d'un projet à caractère humanitaire et sécuritaire » (IISF, 2019, p.1). Ces résultats illustrent la complexité pour les organismes d'encadrer les coopérants avec leurs démarches pour les dons de médicaments.

5.1.4 Des méthodes variées mais difficiles pour collecter les médicaments

La présente étude amène un éclairage nouveau concernant l'expérience des participants lors de la collecte des dons de médicaments à deux niveaux : 1) sur la variété des méthodes de collecte et 2) sur les difficultés éprouvées lors de la collecte. Premièrement, les coopérants recourent à des méthodes variées pour collecter les médicaments. Il ressort des résultats que ceux ayant acheté leurs médicaments à des organismes fournisseurs constatent que cette méthode est beaucoup plus simple, facile et efficace que la sollicitation des pharmacies. Ce résultat est également rapporté par Brown et Ferrill (2012) qui encouragent les MMCT à solliciter d'abord des organismes fournisseurs puis à compléter les médicaments manquants par des achats en pharmacie en fonction des besoins identifiés.

Deuxièmement, la plupart des coopérants sont confrontés à des difficultés lors de la collecte des médicaments. Celles-ci sont d'ordres logistique et personnel. D'abord, les résultats illustrent comment la surcharge de travail, la quantité exigée de médicaments et le budget nécessaire pour l'achat des médicaments sont des facteurs éprouvants pour les coopérants. Ces freins sont également reconnus par Brown et Ferrill (2012) et Caldron et *al.* (2016). Ensuite, les résultats identifient des difficultés personnelles ressenties par les coopérants telles que la gêne, la maladresse, la déception et la frustration en essayant les refus des pharmaciens. Les résultats de cette étude présentent aussi les stratégies utilisées par les coopérants lors de la sollicitation. Comme les difficultés personnelles et les stratégies employées lors de la collecte n'ont pas été rapportées dans les études consultées, elles constituent un apport novateur de cette recherche.

5.1.5 Des incohérences lors de la sélection des médicaments

IISF exige que les médicaments soient inscrits sur la Liste du partenaire, ne soient pas périmés et ne soient pas des échantillons commerciaux. L'analyse des résultats montre que le respect de ces critères apparaît important pour les participants. Or, il s'avère que tous les groupes ne respectent pas parfaitement les exigences de IISF. En effet, des médicaments non-inscrits sur la Liste, tels que des échantillons et des médicaments personnels, ont été remis au partenaire. Ces types de dons sont reconnus comme des mauvaises pratiques (WHO, 2011) bien qu'ils soient observés dans des contextes similaires (Nouvet et *al.* 2018). Ce non-respect des critères de sélection s'appuie, notamment, sur les perceptions

des participants de l'utilité des médicaments et qu'ils répondent à un besoin. Pour eux, ces dons inappropriés constituent tout de même un bon don de médicament. Ici, il est pertinent de rappeler que la sélection des médicaments se fait à partir du jugement personnel des coopérants et donc à partir de ce qu'ils perçoivent comme de bons dons (Berry, 2014). Ce constat peut s'expliquer par la perception de certains donateurs que toute aide est mieux qu'aucune aide, et ce, sans égard à la qualité sous prétexte que les bénéficiaires ont des ressources médicales limitées (WHO, 2011). Ces résultats mettent en évidence la pertinence d'améliorer l'encadrement lors de la sélection des dons de médicaments par l'organisme, rejoignant ainsi les résultats portant sur l'amélioration de la pratique des dons discutés à la section 5.3.2 Un encadrement étroit des dons de médicaments.

Les résultats révèlent aussi que ces dons inappropriés sont acceptés par le partenaire pour des raisons d'utilité et traduisent une discordance de discours. D'une part, l'infirmier-chef de Poste demande que les dons de médicaments respectent sa Liste, d'autre part, il accepte tous les médicaments remis à l'exception des périmés. À ce sujet, les résultats montrent que certains groupes en apportent. Ce résultat est cohérent avec la littérature, par exemple Chapin et Doocy (2010) montrent que 11 % de leurs répondants ont remis des médicaments périmés lors de leur MMCT. Dans notre étude, le partenaire a refusé systématiquement les médicaments périmés.

5.1.6 Une maximisation et une sécurisation des valises de médicaments

Selon l'OMS, les dons de médicaments doivent respecter les normes internationales d'emballage et les paquets doivent être adaptés aux besoins du bénéficiaire (WHO, 2011). Dans le contexte des MMCT, celles-ci sont normalement suivies puisque les médicaments sont transportés dans les valises personnelles des coopérants (Brown et Ferrill, 2012; Aubé et *al.*, 2015). Dans cette étude doctorale, les résultats soulignent tout particulièrement l'importance de la maximisation de la quantité de médicaments afin d'en apporter le plus possible. Néanmoins, les participants ont conservé les emballages d'origine des médicaments. À l'instar des Principes directeurs (WHO, 2011), IISF n'encourage pas l'emballage en vrac et les résultats révèlent qu'un seul cas de médicaments remis en vrac, format qui avait été notifié par le partenaire comme n'étant pas adapté pour eux. Ces

résultats sont ainsi cohérents avec les Principes directeurs de l’OMS sur le format des dons de médicaments.

Un autre résultat frappant est la sécurisation des valises humanitaires. En effet, les résultats illustrent diverses méthodes utilisées par les participants pour protéger les valises contre de potentiels vols, pertes et confiscations aux douanes. En plus d’assurer une surveillance visuelle étroite, les participants séparent les médicaments dans différentes valises, utilisent des codes d’identification, ont des copies des inventaires et ont une lettre officielle de IISF. Ces manières de faire sont d’ailleurs reconnues comme des pratiques appropriées (Brown et Ferrill, 2012). Ces résultats traduisent aussi la valeur que représentent les dons de médicaments pour les participants ainsi que leur inquiétude à les transporter. Cette inquiétude s’est notamment exprimée par les participants qui s’interrogent sur la légalité du processus, affirment ne rien déclarer aux douanes et expriment leur soulagement de ne pas avoir contrôlés aux douanes. Il convient de rappeler ici qu’hormis une lettre remise par IISF pour faciliter le passage aux douanes, l’organisme ne fournit pas aux coopérants d’informations sur le transport des médicaments. Enfin, en regard à l’arrêté ministériel pour les dons de médicaments au Sénégal, ceux-ci devraient détenir un visa d’importation (MSPHP, 2009). Par conséquent, dans le cas des MMCT de IISF, les dons de médicaments ne sont pas conformes à la législation et peuvent être confisqués à la douane.

5.1.7 Une absence de contrôles prédonations

Concernant les contrôles prédonations, les résultats décrivent deux niveaux de contrôles, le premier par l’organisme et le second par les autorités sénégalaises.

Un résultat novateur de cette étude est la mise en évidence d’une absence de contrôle par IISF. À notre connaissance, il n’existe pas de recommandations particulières pour la vérification des dons de médicaments par les OCI afin de s’assurer de leur qualité et de leur conformité avec une liste de besoins identifiés. Par contre, l’OMS recommande l’implication de pharmaciens dans la planification des dons de médicaments (WHO, 2011). Les articles consultés ne font pas mention d’une telle étape de vérification. Pour plusieurs participants de cette étude, ce manque de vérification est alarmant. Aussi, les résultats mettent en lumière un vide logistique dans les procédures de IISF, illustré notamment par certains dons inappropriés remis par chacun des groupes au partenaire. Parmi les causes

identifiées par l’OMS pour expliquer les dons inappropriés, on retrouve le manque de planification et de collaboration entre les donateurs et les donataires. Toutefois, l’OMS ne recommande pas spécifiquement aux donateurs d’instaurer un mécanisme de surveillance et de vérification des dons avant leur acheminement.

Un autre résultat qui n’avait pas encore été rapporté par la littérature est l’absence de contrôle des dons de médicaments par les autorités sénégalaises. L’arrêté sénégalais exige que les dons de médicaments aient un visa d’importation (MSPHP, 2009). Or, dans le contexte de cette étude, IISF n’a pas effectué de démarches auprès des autorités douanières ni auprès des agences nationales et régionales de surveillance des médicaments (PNA, DPM, PRA). Ce résultat vient en contradiction avec la nécessité de respecter la réglementation du pays pour l’importation de médicaments (Rowthorn et *al.*, 2019; WHO, 2011). Toutefois, cette omission de IISF n’est pas un cas isolé puisque Chapin et Doocy (2010) rapportent que seulement six MMCT (sur 36) ont respecté les réglementations nationales pour les dons de médicaments. Il faut aussi souligner que IISF a offert à ses coopérants la possibilité d’obtenir une lettre de l’ambassade du Sénégal au Canada attestant officiellement la donation de médicaments à des fins humanitaires. Toutefois, cette lettre ne permet pas d’obtenir le visa d’importation pour les dons de médicaments tel qu’exigé par l’arrêté ministériel. Au mieux, la lettre pourrait faciliter les démarches administratives, mais cela n’a jamais été tenté par IISF. Durant cette étude, aucun groupe n’a demandé à recevoir la lettre de l’ambassade, possiblement par manque d’informations sur ce service. Aussi, le vide logistique à IISF pour les dons de médicaments peut également expliquer que l’organisme ne se soit pas assuré que chaque groupe ait sa lettre. Néanmoins, bien que les dons de médicaments apportés par les groupes de IISF ne soient pas déclarés aux autorités nationales, ils sont notifiés au médecin-chef de district et sont l’objet d’une surveillance ponctuelle par les autorités locales.

Un constat paradoxal de cette recherche est que les administrateurs, les coopérants et les responsables locaux sont unanimes sur l’importance de contrôler les dons de médicaments. Par contre, ils expriment des attitudes variées face aux contrôles par les autorités sénégalaises : appréhension des douanes, soulagement de ne pas avoir été contrôlés, faible considération pour l’efficacité des mécanismes de surveillance. Autrement dit, l’ensemble

des participants s'entend pour dire que « ce serait mieux » si les dons de médicaments soient contrôlés par les autorités sénégalaises, mais convient que l'absence de réelle vérification n'est pas problématique en soi et que c'est même préférable pour éviter des démarches administratives fastidieuses et incertaines. Comme l'expliquent Lasker et *al.* (2018), malgré la présence de règles encadrant la pratique médicale par des étrangers, les ressources locales sont souvent insuffisantes pour assurer leur application. Globalement, les résultats de cette étude sur les contrôles prédonations reflètent les faiblesses pour les MMCT et pour les structures locales à appliquer les normes pour les dons de médicaments.

Pendant les MMCT

5.1.8 Une donation officielle et transparente

Cette étude apporte un éclairage nouveau sur la donation des médicaments en contexte de MMCT et des constats originaux émergent des résultats. Parmi les études recensées pour cette recherche, aucune ne décrit le déroulement et l'expérience de la donation.

Les résultats montrent que les participants remettent les médicaments uniquement aux responsables locaux d'une structure de santé. Cette manière de faire est reconnue pour être une pratique appropriée (Brown et Ferrill, 2012; Gorske, 2009). Selon Chapin et Doocy (2010), cette pratique est courante dans le domaine des MMCT. Ensuite, les administrateurs, les coopérants et les responsables locaux accordent de l'importance à ce que la donation soit officielle et transparente. Cette importance se reflète dans les attentes variées des participants à l'égard de la donation : être réalisée avec l'ensemble du groupe, le personnel du Poste et les représentants du Comité de santé lors d'un moment approprié, avoir des dimensions protocolaire et cérémoniale, faire une photo officielle et remettre un accusé de réception.

Cet événement apparaît pour les participants comme un moment-clé de leur expérience avec les dons de médicaments, d'abord parce qu'elle est l'officialisation de la donation, ensuite parce qu'elle procure un sentiment de satisfaction ou de déception. Ainsi, les sources de satisfaction pour les coopérants sont liées aux dimensions protocolaires et cérémoniales de la donation contribuant à leur sentiment de reconnaissance. Quant aux sources de déception, elles sont liées à l'absence de l'ensemble du groupe, au manque de cérémonie et à l'absence d'accusé de réception. Ces résultats suggèrent que la charge

affective ressentie par les participants lors de la donation contribue positivement ou négativement à leur expérience globale avec les dons de médicaments. Ce constat est abordé spécifiquement à la section 5.2.2 Un objet significatif à l'expérience des coopérants.

5.1.9 Une prescription encadrée mais complexe pour les coopérants

Cette partie de la discussion revient d'abord sur la description statistique des impressions diagnostiques et des médicaments prescrits. Ensuite, le rôle de prescripteur en regard aux normes professionnelles est abordé. Puis, l'importance de la validation de la prescription est justifiée. Enfin, les difficultés rencontrées par les coopérants lors de la prescription et les stratégies pour les aider à prescrire sont contrastées à la littérature.

L'analyse statistique descriptive des impressions diagnostiques et des médicaments prescrits par les trois groupes de participants a éclairé le comité de recherche sur cette étape des trajectoires. À partir des résultats, ils ont estimé dans quelle mesure les besoins en médicaments identifiés par le partenaire sont alignés avec les dons remis par les groupes et les prescriptions de ces derniers. L'analyse des résultats montre que plus de la moitié des patients ayant consulté les groupes sont des enfants de moins de cinq ans (53 %). Ce résultat confirme les besoins importants en médicaments pédiatriques demandés par le partenaire alors que, comme présenté à la section 4.4.1 Caractéristiques des médicaments apportés par les groupes de IISF, ceux-ci représentent moins de 1 % des dons remis. Cette difficulté lors de la collecte s'explique en partie par le coût élevé des médicaments en suspension tel que mentionné par certains pharmaciens aux coopérants. Un autre constat est la fréquence élevée des maladies infectieuses chez les moins de 18 ans. Ce résultat appuie la demande et les attentes du partenaire en antibiotiques tel qu'on le voit dans sa Liste. Puis, chez les adultes, la fréquence des affections chroniques rejoint la difficulté rencontrée par les coopérants lors de la prescription des médicaments à long court, c'est-à-dire sur quelle durée prescrire ces traitements compte tenu des capacités financières du patient, de son observance incertaine et des stocks disponibles. Similairement aux résultats de Prescott *et al.*, (2018), les trois DCI les plus prescrites par les coopérants sont l'acétaminophène (34 %), l'amoxicilline (8 %) et l'albendazole (7 %). Ces médicaments sont cohérents avec les principales impressions diagnostiques posées (infections des voies respiratoires supérieures chez les enfants, parasites intestinaux, douleur). Aussi, ils appuient la perception des

coopérants d'avoir prescrit du paracétamol à presque tous leurs patients. Ces médicaments sont d'ailleurs identifiés sur la Liste. Toutefois, suite à la proposition des participants, un ordre de priorité pourrait être indiqué sur la Liste à la lumière de cette analyse (médicaments les plus prescrits et des impressions diagnostiques les plus posées en fonction des groupes d'âge). En terminant, ces résultats appuient la pertinence pour les OCI de réaliser des statistiques descriptives de leurs interventions afin de mieux connaître leurs besoins futurs en médicaments (Brown et Ferrill, 2012) et de les évaluer (Sykes, 2014).

Concernant le rôle de prescripteur chez les coopérants de IISF au Sénégal, il est important de rappeler que la prescription des coopérants n'est pas un acte infirmier autonome mais qu'il est obligatoirement soumis à la validation et à la responsabilité professionnelle de l'infirmier-chef de Poste. Par conséquent, les coopérants infirmiers ou étudiants en soins infirmiers peuvent établir une impression diagnostique et rédiger une prescription qui sera ensuite validée par l'infirmier-chef. L'importance de cette validation est discutée plus bas dans cette section. En outre, la prescription de médicaments en contexte humanitaire doit être rationnelle et pratiquée par des personnes qualifiées (OMS, 2017). De même, il est exigé des infirmières qu'elles agissent avec compétence pour chacune de leurs interventions incluant la prescription (Gouvernement du Québec, 2015, art. 17-19). Dans le même sens, la Charte de IISF stipule respecter les codes de déontologie de l'OIIQ et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et que les coopérants doivent en tout temps observer leur code de déontologie. Ainsi, lors des MMCT de IISF au Sénégal, la prescription est considérée un acte professionnel devant répondre à des normes déontologiques. Les résultats montrent que pour les coopérants, l'acte de prescrire est lié à une responsabilité professionnelle importante et que ces derniers ne se sentent pas complètement à l'aise dans ce nouveau rôle. La progression du sentiment de compétence clinique des coopérants face à leur nouveau rôle de prescripteur est un thème important de cette étude. Leur expérience se décrit par divers sentiments : insécurité, confiance, autonomie et fierté. Cette progression du sentiment de compétence clinique lors des MMCT est démontré dans d'autres études (voir Scopelliti et *al.*, 2014). Un résultat intéressant est que la confiance des coopérants en tant que prescripteurs s'illustre dans leur refus de prescrire par exemple lorsque le médicament n'est pas jugé nécessaire et lorsque le coopérant n'est pas confortable avec une prescription demandée par l'infirmier local. Ainsi,

malgré un sentiment de valorisation en tant que nouveaux prescripteurs, les coopérants de cette étude sont demeurés prudents et n'ont pas réalisé seuls des actes pour lesquels ils n'étaient pas qualifiés, contrairement à ce qui a été vu dans d'autres contextes (Elit et *al.*, 2011). Le professionnalisme des coopérants en tant que prescripteurs mérite ici d'être souligné (Gouvernement du Québec, 2015, art. 17). Cette prudence dans l'application du nouveau rôle de prescripteur des coopérants s'est également fait ressentir dans l'importance, pour eux, de faire valider leurs prescriptions par les infirmiers locaux. En effet, les participants affirment que cette validation est une démonstration de leur responsabilité professionnelle et qu'elle permet de prévenir les erreurs de prescription comme rapportées dans la littérature (voir Gorske, 2009; Seager et *al.*, 2010). L'obligation de faire valider les prescriptions des coopérants a été établie par IISF et par son partenaire afin de respecter le cadre légal de la pratique infirmière au Québec. Elle apparaît d'autant plus essentielle lorsque les coopérants manquent d'expérience et d'habiletés cliniques (Brown et Ferrill, 2012).

Ainsi, dans le contexte des MMCT de IISF, chaque coopérant est classé selon un niveau de supervision à quatre stades préétablis par IISF et son partenaire¹¹. Dans cette étude, les groupes Universitaire et Professionnel étaient au niveau 3 (tous les coopérants infirmiers étaient membres de l'OIIQ) et le groupe Collégial était au niveau 2 (les coopérants étaient des étudiants en dernière année de formation initiale). Cette validation en fonction du niveau de qualification professionnelle des coopérants a été présentée de façon similaire ailleurs (Watzak et *al.*, 2015). Largement reconnu par la littérature, le respect de la qualification des coopérants dans leurs interventions cliniques, et notamment la prescription, est essentiel pour assurer des soins de qualité et sécuritaires aux patients (Lasker et *al.*, 2018; Roche et *al.*, 2017).

Pour plusieurs participants de cette étude, la validation par les prescripteurs locaux est une manière de reconnaître et de valoriser la compétence de ces derniers ainsi que de

¹¹ À titre d'exemple, le niveau 4 permettant le plus d'autonomie s'adresse aux résidents en médecine et autres professionnels de la santé ayant une formation spécifique en santé internationale, santé mondiale, médecine tropicale ou pratique avancée en sciences infirmières. Pour ces coopérants, une supervision directe ou indirecte doit tout de même être exercée par le responsable de groupe ou le responsable clinique et le coopérant doit faire valider toutes ses interventions.

transmettre des informations cliniques et culturelles essentielles pour les coopérants. Par exemple, de prioriser les traitements sur les feuilles d'ordonnance, de renforcer l'enseignement sur l'importance d'avaler les comprimés et que c'est pour une courte durée car certains patients n'aiment pas les avaler et peuvent ne pas prendre leur traitement, lors du ramadan, les patients ne prendront pas leur médication le midi, il faut favoriser la prise des médicaments le matin et le soir, enfin, que les patients qui repartent du Poste de santé sans avoir un sachet de médicaments peuvent être « mal vus » par les autres personnes de la famille ou de la communauté. D'ailleurs, l'adhérence des MMCT aux protocoles thérapeutiques locaux ainsi que l'implication de l'équipe locale pour uniformiser la prescription des coopérants et pour les familiariser avec les particularités locales est fortement recommandée (Dainton et Chu., 2020; McCurry et Aldulaimi, 2018; Roche et *al.*, 2017). Dans le même sens, Rozier et *al.* (2017) soulignent l'importance pour les bénéficiaires que les coopérants aient des connaissances culturelles et organisationnelles du milieu. Or, les résultats de cette étude montrent qu'il y a eu peu de communications formelles entre l'infirmier-chef du poste et les coopérants pour expliquer les pratiques thérapeutiques courantes et le fonctionnement de la pharmacie. Par conséquent, les coopérants ont commis, par méconnaissance, certaines erreurs de prescription (ex : prescrire un tube d'onguent complet pour une personne, remettre deux bouteilles d'un médicament en suspension à la fois, ect.). Cette lacune est également décrite par Cheng et *al.* (2019) qui recensent seulement deux MMCT sur un total de 19 disant avoir respecté les pratiques locales de prescription. Un constat novateur de cette étude est que les coopérants développent par eux-mêmes des stratégies pour uniformiser leurs prescriptions avec les pratiques locales. Par exemple, les coopérants ont invité ponctuellement l'infirmier-chef de Poste aux postcliniques pour répondre à leurs questions sur certaines particularités culturelles (ex : patients n'ayant pas l'argent pour acheter son traitement, patients demandant à recevoir du Paracétamol, etc.) et savoir comment prescrire dans ces situations (ex : médicaments disponibles différents de ce qui est recommandé par le Guide MSF, posologie des antibiothérapies injectables pour les enfants devant revenir au Poste).

Les résultats détaillent de nombreuses difficultés vécues par les coopérants lors de la prescription. Celles-ci sont en lien avec le manque de connaissances sur les médicaments, la variation des stocks de médicaments ainsi que les malaises et tensions avec les patients.

La première difficulté est le manque de connaissances sur les médicaments en général, les médicaments locaux, les pratiques locales de prescription et la rédaction de l'ordonnance. Cette difficulté s'est illustrée particulièrement dans les erreurs de prescription commises par les coopérants. D'ailleurs, c'est pour cette raison que IISF et son partenaire demandent que les coopérants prescrivent uniquement qu'à partir des protocoles nationaux et du Guide clinique et thérapeutique de MSF. Les participants de cette étude affirment que ce Guide a été leur principal outil pour les aider dans leur rôle de prescripteurs. L'usage d'un tel guide clinique pour les coopérants prescripteurs est recommandé dans la littérature (Dainton et *al.*, 2016; McCurry et Aldulaimi, 2018; Roche et *al.*, 2017).

La deuxième difficulté décrite par les résultats de cette étude est la variation des stocks de médicaments. En effet, les résultats montrent que les coopérants se découragent lorsque les médicaments prescrits ne sont pas disponibles. Ils ont alors le réflexe de modifier la prescription avec un médicament équivalent. Or, comme mentionné ci-dessus, ils sont confrontés à leur manque de connaissances sur les médicaments et, par conséquent, leurs prescriptions ne sont pas uniformes avec les pratiques locales, situation rapportée par Prescott et *al.* (2018). Ce constat traduit aussi le malaise éthique des coopérants à prescrire un traitement « hors pharmacie du Poste » pour lequel il y a une incertitude quant à l'achat et au traitement du patient. Cette difficulté éthique s'ajoute à celles identifiées par Aluri et *al.* (2018) concernant le rôle de prescripteurs des coopérants. Enfin, ces résultats sont un exemple de la répercussion des difficultés d'accès aux médicaments essentiels pour les structures de santé au Sénégal (de Roodenbeke et *al.*, 2006; OMS, 2013).

Une troisième difficulté révélée par l'analyse des résultats porte sur les différents malaises et tensions ressentis avec les patients par les coopérants lors de la prescription. Cette étude apporte d'ailleurs un éclairage nouveau et approfondi sur cette étape des trajectoires. La riche description des situations particulièrement difficiles pour les coopérants lors de la prescription constitue, à notre avis, un apport scientifique de cette étude. Deux situations ressortent des résultats : l'incapacité financière des patients, et les demandes pour des médicaments non nécessaires.

Pour la première situation, les résultats montrent le sentiment d'impuissance ressenti par les coopérants face à l'incapacité financière des patients, comme rapporté par Aluri et *al.*

(2018). En effet, l'analyse des résultats met en lumière l'opposition entre les intentions des coopérants et les attentes des patients. En effet, pour éviter des coûts aux patients, les coopérants limitent volontairement le nombre de médicaments prescrits. Ce constat fait écho aux résultats portant sur les perceptions, notamment les perceptions négatives des coopérants sur les conditions socioéconomiques du pays et de la communauté. Or, les patients expriment leur insatisfaction de cette faible quantité de médicaments. À ce sujet, l'infirmier-chef de Poste explique qu'il ne faut pas modifier l'ordonnance en fonction des capacités financières du patient. Bien que cette étude ne compare pas les prescriptions des coopérants à celles des infirmiers locaux, comme l'ont fait Prescott et *al.* (2018), ce constat illustre la différence d'attitudes et le manque d'uniformisation entre la prescription des coopérants et celle des prescripteurs locaux. Prescott et *al.* (2018) démontrent que les prescripteurs locaux prescrivent davantage de médicaments pour des raisons culturelles, pour répondre à la demande des patients, parce qu'ils connaissent l'histoire médicale de leurs patients et parce qu'ils considèrent le contexte épidémiologique local. Rappelons ici que IISF demande aux coopérants de ne pas prescrire plus de trois molécules différentes, et ce, pour diverses raisons : le contexte de la MMCT où le traitement vise un syndrome et non pas une étiologie (donc il s'agit de traiter un symptôme à la fois), le risque de confusion et de prise inadéquate du patient de sa médication. Enfin, les infirmiers locaux demandent également aux coopérants de ne pas prescrire les médicaments à prise régulière pour plus de sept jours. Ces conditions limitent ainsi le nombre de médicaments prescrits par les coopérants de IISF. La seconde situation est le sentiment de confusion lorsque les patients demandent à recevoir des médicaments jugés non nécessaires. Cette situation est vécue différemment selon les participants. Certains sont plus enclins à prescrire des médicaments généraux tels que le paracétamol et des vitamines. Tandis que d'autres participants sont inconfortables avec leur responsabilité professionnelle. En effet, selon l'OIIQ et le Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ, 2015), et en accord avec le Code de déontologie des infirmières (Gouvernement du Québec, 2015, art. 44), la prescription de médicaments ne doit se faire que lorsque l'état clinique du patient le requiert. Ce malaise lié à la responsabilité clinique est l'un des facteurs identifiés par Aluri et *al.* (2018) comme pouvant causer de la détresse morale chez les coopérants. Dans cette étude doctorale, cette détresse s'est illustrée lors d'un groupe de discussion où les

coopérants du groupe Universitaire ont exprimé leur confusion de ne pas savoir comment prescrire le paracétamol chez certains patients. Pour Stone et Olson (2016), le manque de familiarité des coopérants avec la pratique locale peut mener à une confusion dans leur rôle.

Un autre constat sur ce résultat concerne les attitudes d'incompréhension et de méfiance que manifestent les coopérants suite à ces demandes. Ces attitudes attestent d'une incompréhension entre les coopérants et les patients. Toutefois, l'analyse des résultats n'évoque pas d'attitudes de supériorité, d'un manque de compétence culturelle ou d'humilité culturelle, attitudes qui seraient courantes lors des MMCT selon Lasker et *al.* (2018). Dans le contexte de cette étude, l'incompréhension et la méfiance des coopérants vis-à-vis les patients se manifestaient lorsque ces derniers insistaient pour recevoir des médicaments. Or, les coopérants n'ont pas cherché à comprendre les raisons derrière ces demandes. Ces résultats appuient l'importance de la préparation des coopérants à la compétence culturelle et à la communication interculturelle (Kalbarczyk et *al.*, 2019).

5.1.10 Un enseignement de qualité mais avec une incertitude sur la compréhension des patients

Différents constats émergent des résultats concernant l'étape de l'enseignement de la médication par les coopérants. D'abord, l'importance pour les participants d'offrir un enseignement de qualité aux patients sur leur médication est mise en évidence. Ce constat s'illustre par leurs propos exprimés et par les observations réalisées sur le terrain sur les stratégies utilisées pour favoriser la compréhension des patients. Contrairement à la critique de Gorske (2009), les participants de cette étude prennent le temps d'effectuer un enseignement complet sur la médication et ils vérifient la compréhension des patients. Selon les participants, l'enseignement de la médication s'inscrit dans le rôle professionnel infirmier. Ce résultat est cohérent avec l'obligation déontologique où l'infirmière habilitée à prescrire doit fournir l'ensemble des informations nécessaires à la compréhension du patient sur sa médication (Gouvernement du Québec, 2015, art. 40; OIIQ et CMQ, 2015).

L'enseignement de la médication par les coopérants apparaît comme une étape complexe par les difficultés communicationnelles identifiées dans les résultats. À ce sujet, le frein de la barrière linguistique dans la relation de soins est abondamment discuté dans la littérature

portant sur les MMCT (Aluri et *al.*, 2018; Lough et *al.*, 2018; Olenick et Edwards, 2016; Roche et *al.*, 2017; Rovers et *al.*, 2016; Steinke et *al.*, 2015; Stone et Olson, 2016). Dans ces contextes, il est courant pour les coopérants de travailler avec des traducteurs non professionnels (Chapin et Doocy, 2010). Or, comme le préviennent Vissandjée et Dupéré (2000), les résultats de cette étude montrent que le recours à des traducteurs informels comporte d'importantes limites communicationnelles. Selon Prescott et *al.* (2018), et comme observé dans cette étude, les erreurs pouvant être commises par les traducteurs informels sont le risque d'omission de mots, de substitution, d'ajout d'informations et d'incompréhension de la terminologie médicale utilisée par les coopérants. Dans cette étude doctorale, les lacunes du travail avec les traducteurs lors de l'enseignement de la médication se sont reflétées dans l'inquiétude des participants sur une mauvaise traduction et une compréhension incertaine des patients. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Rovers et *al.* (2016) qui identifie les craintes des coopérants sur les risques potentiels d'un mésusage du traitement par les patients. Les barrières culturelles et de langue peuvent aussi constituer pour les coopérants des difficultés d'ordre éthique surtout lorsque la médication est en jeu (Aluri et *al.*, 2018; Watzak et *al.*, 2015).

À l'instar des Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires pour l'apprentissage des patients (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2012), ces difficultés ont conduit les coopérants à développer des stratégies communicationnelles et comportementales pour faciliter et évaluer la compréhension des patients. Les résultats suggèrent que les stratégies utilisées par les coopérants de cette étude sont adaptées au contexte local et que le recours aux pictogrammes et l'apprentissage de mots en langue wolof pour expliquer la posologie contribuent efficacement à la compréhension des patients. Toutefois, ces stratégies s'avèrent insuffisantes pour assurer une bonne observance thérapeutique des patients.

Enfin, la satisfaction des patients pour les soins reçus, et ce, malgré la barrière linguistique et le recours à des traducteurs ressort des résultats. Ce résultat est également rapporté dans d'autres contextes similaires de MMCT (DeCamp et *al.*, 2014; Morales et *al.*, 2019; Weng et *al.*, 2015). Par exemple, l'étude de DeCamp et *al.* (2014) montre que les barrières linguistiques ne sont pas perçues par les patients comme un problème significatif. Selon

ces auteurs, la confiance éprouvée par les patients à l'égard des coopérants et le faible accès aux soins amoindrissent l'insatisfaction liée aux difficultés communicationnelles.

5.1.11 Utilisation variable de la médication par les patients

L'étape de l'utilisation de la médication par les patients est peu documentée dans cette étude. En effet, l'évaluation de l'observance thérapeutique a été effectuée qu'avec les patients revenus pour leur suivi clinique au Poste de santé. Néanmoins, les résultats décrivent des schémas variables d'observance thérapeutique. Une meilleure qualité de soins et une bonne communication entre le coopérant et le patient contribuent à une meilleure rétention des consignes de la médication chez les patients. L'importance d'une bonne communication à la qualité des soins en contexte de MMCT est décrite notamment par Morales et *al.* (2019). Malheureusement, les résultats de cette étude doctorale ne permettent pas d'identifier les facteurs spécifiques ayant influencé l'observance thérapeutique des patients.

Enfin, bien que l'utilisation des médicaments par les patients à d'autres fins que leur traitement personnel ait été documentée dans la littérature (Baxerre, 2013; Egrot; 2015), les résultats de cette étude ne permettent pas d'explorer cette étape des trajectoires. Toutefois, un constat qui n'avait pas encore été rapporté dans la littérature est l'évocation de méfiance chez des participants à l'égard des patients qui insistent pour recevoir des médicaments alors que leur état clinique ne le justifie pas. Ce comportement éveille des soupçons chez les coopérants qui, selon leurs propos, croient que les patients utilisent les médicaments à d'autres fins telles que l'auto-médication et le partage dans la famille. Cette utilisation incertaine des médicaments par les patients rejoint Baxerre (2013) pour qui les patients les utilisent selon des logiques individuelles et sociales complexes.

Après les MMCT

5.1.12 Une gestion locale rigoureuse et transparente

Parmi les écrits consultés, l'étape de la gestion locale des dons de médicaments n'est pas documentée par la littérature. Cette étude apporte ainsi un éclairage nouveau sur cette étape en contexte de MMCT. Un premier constat est que, dans le contexte de cette étude, cette gestion apparaît rigoureuse et transparente. En effet, les contrôles quantitatif et qualitatif

des stocks de la pharmacie effectués quotidiennement et mensuellement sont détaillés dans les résultats. Ce processus répond aux exigences nationales et internationales de la gestion des stocks dans un Poste de santé (OMS, 2007). Or, les résultats de cette étude illustrent la méconnaissance de tous les acteurs sur ces normes et sur le processus de gestion locale des dons. D'ailleurs, un second constat original est justement les sentiments de confiance et de méfiance exprimés par les participants, canadiens et sénégalais, à l'égard de la gestion par le partenaire des dons. Tel qu'expliqué par les résultats, ces sentiments sont directement liés aux connaissances des acteurs sur cette étape des trajectoires. Plus ces derniers sont informés du processus de gestion, plus ils sont confiants à cet égard.

Un troisième constat de cette étude est l'application différente des critères de sélection par le partenaire. En effet, les résultats montrent que l'infirmier-chef de Poste accepte des médicaments ne répondant pas aux critères préalablement établis à l'exception des périmés. Ils révèlent ainsi que malgré des besoins identifiés, les bénéficiaires peuvent accepter par utilité des dons inappropriés en regard aux critères de sélection. Les difficultés d'accès aux médicaments au Sénégal peuvent expliquer cette application différente des critères par le partenaire. D'ailleurs, ce constat fait écho aux résultats portant sur les perceptions des bénéficiaires sur leurs besoins en médicaments. Les résultats montrent que ces médicaments sont intégrés à la pharmacie du Poste et peuvent être distribués aux patients, mais qu'ils ne sont pas nécessairement enregistrés dans les fiches de stocks puisqu'il s'agit de petites quantités. Toutefois, certains médicaments sont restés sur les tablettes durant plus d'une année attestant de leur inutilité ou de leur non-conformité (ceux remis dans des contenants personnels ou avec une posologie inadéquate pour le Poste). Ces résultats traduisent une des conséquences du manque de contrôles prédonations et appuient l'importance d'améliorer l'encadrement des dons tel que discuté à la section 5.3.2 Un encadrement étroit des dons de médicament.

Un dernier constat en lien avec cette étape correspond à la discordance entre le discours et le comportement du partenaire au sujet de la redistribution des dons de médicaments et surtout du sentiment de méfiance que cette situation engendre chez les participants. En effet, les résultats décrivent la situation où une partie des médicaments devrait être donnée à une autre structure de santé, mais cette redistribution n'a pas eu lieu durant les séjours des

MMCT. Ce résultat peut s'expliquer par les faibles quantités de médicaments remises par les groupes ou encore que les redistributions ont été effectuées en l'absence de l'étudiante-chercheuse. Néanmoins, il n'est pas possible d'exclure totalement une réorientation des dons telle que leur revente sur des marchés parallèles ou leur utilisation à des fins privées comme rapportés dans d'autres contextes (Egrot, 2015). Toutefois, il convient de préciser que durant la présence de l'étudiante-chercheuse au Poste de santé, la rigueur et la transparence observée de la gestion locale des dons n'appuient pas une telle possibilité.

5.1.13 Des contrôles limités par IISF et par les autorités sénégalaises

La dernière étape des trajectoires est les contrôles et suivis postdonations. Un constat original de cette étude porte sur le manque de contrôles postdonations tant par IISF que par les autorités sénégalaises. Dans cette étude doctorale, les résultats montrent que la seule surveillance effectuée par une instance externe est celle de la PRA lors d'une supervision programmée et exigée selon les normes de gestion des pharmacies de Poste de santé (OMS, 2007). Il ressort des résultats que cette surveillance porte surtout sur la qualité des médicaments c'est-à-dire que le médicament soit autorisé dans un Poste de santé, qu'il soit dans un format approprié (emballage en *blister*) et que la date de péremption ne soit pas dépassée. Selon les propos exprimés par les participants, l'origine canadienne des médicaments est un facteur rassurant pour les superviseurs. Selon Van der Geest et White (2003), un médicament provenant de l'étranger peut provoquer un attrait, dit xénophilie, et une perception positive de sa qualité et de son efficacité.

5.1.14 Une absence de suivis formels par IISF

Un dernier constat de cette étude est l'absence de suivis formels de la part de IISF auprès de son partenaire et auprès de ses coopérants. Cette lacune est perçue comme un maillon manquant dans l'ensemble des trajectoires. Elle ne semble pas être une exception dans le contexte des MMCT car elle est également rapportée par Rozier et *al.* (2017). Enfin, tel que recommandé par Brown et Ferrill (2012), le suivi postdonation permet aux organismes de mieux planifier leurs dons pour les futures MMCT. Ces auteurs recommandent aux organisateurs de MMCT d'initier une réflexion avec les coopérants et la structure d'accueil sur ce qui aurait pu être fait de différent et quels médicaments ont été utilisés vs ceux qui seraient utiles d'apporter pour une prochaine mission. En terminant, il est préoccupant de

constater qu'il n'existe pas de recommandations spécifiques sur cette étape (voir Crump et *al.*, 2018; Roche et *al.*, 2017; WHO, 2011). Or, les constats émergeant de cette étude appuient la nécessité de telles vérifications.

5.2 Des perceptions plurielles sur les dons de médicaments

Cette deuxième partie du chapitre discute des perceptions des participants sur les dons de médicaments. Celles-ci révèlent comment les acteurs contextualisent ces dons dans leur expérience de MMCT. Dans cette recherche, trois grands thèmes sont approfondis : les perceptions sur l'acte de donner des médicaments, sur les étapes significatives à l'expérience de MMCT et sur les conséquences perçues des dons de médicaments.

5.2.1 Un acte chargé de différents sens

Les résultats de cette étude apportent un éclairage nouveau sur les perceptions des acteurs sur l'acte de donner des médicaments lors d'une MMCT. Un premier constat est que l'acte de donner des médicaments est perçu comme un objet chargé de significations. Sur cela, quatre thèmes sont identifiés : donner pour répondre aux besoins, donner par altruisme, donner par redevabilité et donner pour faciliter la prescription des coopérants.

Le premier thème, donner pour répondre aux besoins en médicaments, prend son ancrage sur la perception des participants que les dons de médicaments sont une aide matérielle nécessaire, essentielle, utile et concrète. Ce résultat s'appuie d'une part sur les perceptions positives que les dons sont utiles et nécessaires comme cela est rapporté ailleurs (Green et *al.*, 2009), d'autre part, sur l'image négative des participants sur les conditions socioéconomiques du pays. Du point de vue des bénéficiaires, un résultat frappant est leur perception négative sur leur manque de ressources financières et matérielles. En effet, ils justifient leur besoin en médicaments par leur manque d'argent et de ressources. Ce résultat est également observé dans d'autres études similaires (DeCamp et *al.*, 2014; Green et *al.*, 2009; Nouvet et *al.*, 2018). Cette perception que les dons de médicaments répondent à des besoins semble aussi associée au fait d'avoir eu une expérience antérieure dans le milieu clinique contribuant à la conviction des participants qu'il est nécessaire d'apporter des médicaments. En effet, certains participants qui en étaient à leur deuxième ou troisième expérience dans ce même milieu ont constaté les besoins et être convaincus des besoins en médicaments du partenaire. Comme l'expliquent Elit et *al.* (2011), pour les coopérants,

voir les besoins renforce leur désir d'aider par un moyen concret. Toutefois, Maki et *al.* (2008) mettent en garde contre les biais d'une telle perception, comme de croire que parce qu'il s'agit d'un pays à ressources limitées que toute aide est une bonne aide, lesquels peuvent engendrer des interventions et des dons inappropriés.

Par ailleurs, les résultats montrent une réflexivité des participants sur leur propre image de donateurs. En effet, pour certains, l'acte de donner de médicaments est chargé d'une valeur de bienfaisance et renforce positivement leur estime personnelle. DeCamp (2007) souligne que l'intention altruiste des coopérants peut procurer un sentiment d'agir convenablement et mener à des dons inappropriés centrés sur les intentions du donateur et non sur celles des bénéficiaires. Dans cette étude, certains dons de médicaments inappropriés ont effectivement été observés, et ce, malgré les intentions altruistes des coopérants. Pour Berry (2014), l'intention charitable derrière les dons de médicaments amplifie le sentiment de satisfaction personnelle des participants et influence leur évaluation positive de leurs dons. Bien que Berry (2014) prévienne que l'intention charitable du donateur peut mener à une forme d'aide égoïste mais centrée sur la gratification d'aider, c'est-à-dire non centrée sur les besoins du partenaire, les résultats de notre étude ne montrent pas de conflits d'intérêt entre la bonne intention des coopérants et les besoins du partenaire. Pour DeCamp (2011), les MMCT ne sont pas motivées que par une intention charitable mais sont aussi guidées par des considérations éthiques pour bien agir. Un autre résultat intéressant est le malaise ressenti par certains administrateurs et coopérants avec cette image égoïste du don. Cette perception négative est liée aux idées que les MMCT sont une forme de tourisme médical, de néocolonialisme et d'exploitation (Aluri et *al.*, 2018). Dans cette étude, comme observé par Elit et *al.* (2011), certains participants expriment leur inconfort avec l'approche paternaliste des MMCT de IISF et, plus globalement, de la coopération internationale.

La perception de donner par altruisme s'appuie sur les propos exprimés par les participants, canadiens et sénégalais, qui voient cet acte comme un geste du cœur, de partage, d'amour et de solidarité. Wilson et *al.* (2012) rappellent que ce désir d'aider dans une vision de partage des ressources est l'une des motivations fondamentales des coopérants. D'ailleurs, pour certains participants le don de médicaments et le don au sens large sont intégrés à leur vision de l'humanitaire et sont perçus comme l'essence même de leur MMCT. Ce résultat

rejoint le principe de mission mis de l'avant par Stone et Olson (2016) puisque pour certains administrateurs, responsables de groupe et coopérants, l'acte de donner des médicaments est le but premier, voire la principale source de motivation, d'une MMCT.

Comme rapporté par DeCamp et *al.* (2014) au sujet des MMCT, les bénéficiaires ont perçu les dons de médicaments comme un geste de solidarité. Ce résultat important fait écho au sentiment de gratitude décrit par Nouvet et *al.* (2016), car les bénéficiaires ont exprimé leur gratitude aux coopérants qui, par leur participation à une MMCT, ont été perçus comme agissant au-delà de leur obligation, c'est-à-dire par altruisme. Cette perception positive des participants sur l'acte altruiste du don de médicaments est ainsi liée à la notion du don volontaire et implique une valeur de lien social entre le donateur et le donataire. Cette dimension relationnelle et symbolique du don apporté par ces résultats est approfondie à la section 5.4 Les dons de médicaments et le phénomène du don.

La troisième perception, donner par redevabilité, s'illustre principalement chez les participants canadiens. Pour eux, les dons de médicaments sont une forme de remerciements pour l'accueil et pour compenser leur impact sur le milieu clinique. Cette perception d'inégalités entre ce que les coopérants donnent et ce qu'ils reçoivent du milieu est également décrite par Aluri et *al.* (2018). De même, la perception des coopérants d'être un fardeau pour le milieu clinique est un constat courant chez les coopérants (Elit et *al.*, 2011; Watzak et *al.*, 2015). Du point de vue des participants sénégalais, le don en échange de l'accueil est attendu. Cette perception du fardeau de l'accueil des MMCT pour les équipes locales, malgré leur satisfaction générale est un résultat intéressant et cohérent avec ce qui a été rapporté ailleurs (Green et *al.*, 2009; Lough et *al.*, 2018). Dans cette étude doctorale, la mise en évidence de ce thème, donner par redevabilité, est un apport majeur car il illustre comment les dons de médicaments s'inscrivent dans un cycle de donner, recevoir et rendre. Ce cycle est décrit spécifiquement à la section 5.4 Les dons de médicaments et le phénomène du don.

Enfin, le quatrième thème, donner pour faciliter la prescription des coopérants, est original car les dons de médicaments sont aussi perçus comme un outil de travail. En effet, des administrateurs et des coopérants rappellent qu'il est plus facile de prescrire des médicaments canadiens parce qu'ils connaissent moins les médicaments sénégalais. En

apportant les médicaments avec lesquels ils sont plus familiers, les participants ont l'impression d'être plus confortables et plus prudents à prescrire. Lors d'une MMCT, il est important que les coopérants connaissent les médicaments qu'ils utiliseront lors de leurs interventions (Brown et Ferrill, 2012). Toutefois, on peut aussi critiquer le fait de n'apporter que des médicaments connus par les coopérants pour l'apparence de « don égoïste » où les MMCT privilégient des dons qui leur sont bénéfiques d'abord à eux et non pas aux bénéficiaires (Berry, 2014). Néanmoins, une solution intermédiaire peut être proposée telle que d'apporter que des médicaments inscrits la Liste du partenaire et qui sont également connus des coopérants.

Pour terminer, les thèmes discutés ci-haut situent les dons de médicaments comme composante importante dans la relation de soins entre les coopérants et les patients. Bien que le médicament prescrit soit à la fois un objet thérapeutique et un objet chargé du sens du « prendre soin » (DeCamp, 2007), il ne faut pas surestimer la place prise par ces derniers dans la relation. Rappelons que cette étude s'intéressait spécifiquement aux perceptions sur les dons de médicaments, par conséquent les autres composantes de la relation de soins (ex : accueil, communication, collaboration) et leur importance dans le soin, n'ont pas été explorées.

5.2.2 Un objet significatif à l'expérience des coopérants

Un constat novateur de cette étude est la mise en évidence que certaines étapes des trajectoires des dons de médicaments sont significatives à l'expérience de MMCT pour les coopérants. Ces étapes sont : la formation prédépart, la collecte, la préparation des valises, la donation et la gestion locale.

La formation prédépart est perçue comme un moment opportun pour sensibiliser les coopérants aux bonnes pratiques des dons de médicaments. Ce résultat est novateur car la sensibilisation sur ces dons est un sujet non recensé dans les écrits portant sur la préparation des MMCT (Kalbarczyk et *al.*, 2019).

Ensuite, pour l'étape de la collecte des médicaments, les résultats montrent que cette activité est une source de motivation importante pour les coopérants. Comme discuté plus en profondeur à la section 5.4 Les dons de médicaments et le phénomène du don, cette perception rejoint le don de soi puisque les coopérants investissent de leur temps et de leur

personne dans la collecte des médicaments. Ces investissements ajoutent à la valeur de lien du don (Godbout, 1995).

Pour l'étape de la préparation des valises de dons, la signification de cette activité s'est exprimée à travers les propos des participants : « voir le fruit de ses efforts ». Cette perception positive contribue aux sentiments de fierté et de satisfaction des coopérants. Aussi, constater visuellement l'ensemble des dons avant le départ renforce à la fois l'image positive du don comme un acte altruiste et à la fois l'image positive des participants comme donateurs-bienfaiteurs. Or, selon DeCamp (2007), l'intention altruiste des coopérants peut mener à un biais positif d'évaluation de leur don et, par conséquent, à ne pas questionner ses effets négatifs possibles. En effet, les résultats portant sur les perceptions des coopérants sur les dons de médicaments montrent qu'elles sont essentiellement positives.

Un autre résultat qui n'avait pas encore été rapporté dans la littérature concerne le croisement des attentes des coopérants et des bénéficiaires lors de la donation, étape peu décrite dans les écrits consultés. D'une part, les coopérants ont des attentes de reconnaissance et, d'autre part, les bénéficiaires ont des attentes matérielles. L'importance de cette étape sur l'expérience des participants est illustrée dans les résultats de cette étude. En effet, des différentes expériences de donation décrites, il ressort que cette étape donne lieu à des confrontations entre les perceptions positives des coopérants sur leur don et celles, plus évaluatives, du partenaire. L'importance de répondre aux attentes du partenaire et de voir sa satisfaction est exprimée par les participants et constitue une source de valorisation et de gratification pour eux. À contrario, l'insatisfaction et la déception du partenaire sur le don est ressenti par les groupes comme un sentiment d'échec. Sykes (2014) explique que la motivation des coopérants est intrinsèquement liée à leur sentiment d'être appréciés et d'être utiles pour les bénéficiaires.

Enfin, un autre constat novateur de cette étude est l'illustration par les propos des participants d'une ambivalence dans les perceptions de confiance et de méfiance en la gestion des dons par le partenaire. En effet, il ressort des résultats que la confiance de certains participants sur la gestion des dons n'exclue pas la nécessité des contrôles notamment pour éviter qu'ils soient utilisés à mauvais escient. Cette méfiance et cette

préoccupation pour la surveillance des dons rejoint l'étude de Harrisson et *al.* (2016) où le risque de corruption est identifié comme étant un dilemme éthique pour les coopérants. À notre connaissance, les perceptions sur le rapport de confiance ne sont pas décrites dans les études portant sur les MMCT. Il semble qu'une meilleure connaissance du partenaire et des modalités de gestion des dons contribuent positivement aux perceptions de confiance des participants sur cette étape et, plus globalement, sur leur relation avec le partenaire. D'un autre côté, les résultats révèlent des perceptions négatives, et ce, tant par les participants canadiens que sénégalais. Celles-ci semblent nourries par une méconnaissance sur différents niveaux. D'abord, au niveau organisationnel sur les modalités de gestion et de surveillance des dons, ensuite au niveau relationnel lorsque les participants connaissaient peu ou pas le partenaire. Enfin, les expériences antérieures et les a priori sur les risques de corruption renforcent les perceptions négatives des participants sur cette étape. Ce rapport de confiance dans lequel s'inscrivent les dons de médicaments est approfondi à la section 5.4 Les dons de médicaments et le phénomène du don.

5.2.3 Un objet pouvant être bénéfique et nuisible

Cette étude a approfondi les perceptions des participants sur les conséquences potentielles des dons de médicaments. Il est intéressant de constater que celles-ci sont nuancées. En effet, si pour tous les participants les dons de médicaments sont perçus comme étant avantageux pour les bénéficiaires, des perceptions négatives ont également émergé des données. Trois catégories de conséquences sont présentées : symboliques, économiques et thérapeutiques.

5.2.3.1 Conséquences symboliques

Un apport original de cette étude est la description des perceptions sur les conséquences symboliques des dons de médicaments. En effet, à notre connaissance, seules les conséquences économiques et thérapeutiques sont décrites dans les études portant sur les perceptions des MMCT (voir DeCamp et *al.*, 2014; Green et *al.*, 2009; Morales et *al.*, 2019). Un premier constat soulevé par les résultats de cette étude est la perception que les dons de médicaments contribuent à la promotion de IISF et de son partenaire. Selon les propos des participants, cette image positive prend différentes formes : reconnaissance officielle lors des discours, remerciements par la population, promotion et réputation du

Poste de santé dans la région, augmentation de l'achalandage au Poste. Green et *al.* (2009) expliquent que les bénéficiaires perçoivent les dons comme un facteur amplifiant positivement l'impact des MMCT notamment parce qu'ils permettent d'améliorer la qualité des soins offerts à la population. La satisfaction des bénéficiaires recevant gratuitement des soins et des médicaments est rapportée dans plusieurs études réalisées dans des contextes variés, par exemple Weng et *al.* (2015) au Swaziland. Les dons de médicaments semblent ainsi contribuer positivement aux sentiments de reconnaissance et de respect exprimés par les bénéficiaires accueillant les MMCT de IISF comme montré par DeCamp et *al.* (2014). Enfin, l'expression de gratitude ressentie par les patients recevant des soins et des médicaments gratuits de la part d'une MMCT est approfondie dans l'étude de Nouvet et *al.* (2016).

D'un autre point de vue, Rozier et *al.* (2017) mentionnent dans leur discussion que des organismes peuvent profiter de l'image positive des MMCT afin de promouvoir leurs activités, recruter des coopérants et obtenir du financement. Les résultats de cette étude doctorale ne vont pas dans ce sens. En effet, les dons de médicaments remis par les groupes de IISF ne sont pas publicisés, ni sur le site Web, ni sur la page Facebook et ni dans le rapport annuel de l'organisme. Ce résultat ne doit pas être interprété comme une forme d'opacité de la part de l'organisme, mais bien comme une illustration d'un vide logistique.

Un autre résultat intéressant est la perception des participants que les dons de médicaments sont une source de tensions dans la communauté. En effet, ils peuvent devenir un objet de convoitise ou de suspicion entre les personnes de la communauté et le personne du Poste pouvant mener à des demandes de « cadeaux » et d'argent ainsi qu'à des conflits. Cette difficulté n'est pas évoquée dans les études sur les perceptions des MMCT (voir DeCamp, 2014; Green et *al.*, 2009; Morales et *al.*, 2019; Nouvet et *al.*, 2018). Ce résultat ajoute ainsi au fardeau des dons de médicaments documenté ailleurs (Chastang, 2008; Gorske et *al.*, 2009).

Les résultats de cette étude montrent aussi que les participants canadiens ont la perception que les bénéficiaires survalorisent les médicaments canadiens. Comme évoqué plus haut, le facteur de xénophilie peut expliquer cette perception d'une meilleure efficacité thérapeutique des médicaments étrangers (Van der Geest et White, 2003). Dans le même

sens, la dévalorisation de la qualité des soins locaux par les bénéficiaires en comparaison à ceux offerts par des MMCT est illustrée dans l'étude de Morales et *al.* (2019). Ils ont observé que certains patients préfèrent attendre les MMCT pour se faire traiter. Or, nos résultats ne révèlent pas d'attitudes traduisant une dévalorisation à l'égard de la qualité des soins offerts par le Poste de santé. De même, il ne se dégage pas des propos des participants sénégalais une telle perception négative. En effet, il ressort des résultats que bien qu'un achalandage de patients soit observé lors de la présence d'une MMCT, nombreux patients préfèrent quand même être vus en consultation par l'infirmier local notamment parce que la durée d'attente et de consultation est plus rapide et possiblement parce qu'il sait qu'il obtiendra davantage de médicaments.

5.2.3.2 Conséquences économiques

L'avantage économique de recevoir une MMCT, notamment par l'apport de ressources financières et matérielles est souligné notamment par Laleman et *al.* (2007) et Melby et *al.* (2016). À notre connaissance, aucune étude n'a décrit les perceptions sur les conséquences économiques des dons de médicaments en contexte de MMCT. Cette étude doctorale apporte ainsi un éclairage nouveau sur ce thème.

Un premier résultat important est la mise en évidence de la perception que les dons de médicaments constituent une source de revenus pour le partenaire. Dans le contexte de cette étude, les médicaments donnés sont vendus au même prix que les médicaments locaux. Selon les propos exprimés par les administrateurs et les coopérants, ils sont perçus comme un double don pour les bénéficiaires. Cette perception positive s'appuie sur le postulat que la revente des médicaments est un moyen de renforcer les capacités du partenaire, valeur promue par les MMCT (Lasker et *al.*, 2018). Toutefois, cette perception positive semble conditionnelle à certaines modalités énoncées par les participants : que le prix de revente des médicaments soit modique et accessible aux patients ainsi que les profits soient dirigés aux dépenses du Poste de santé. Ces critères illustrent d'une part, l'intention charitable et humanitaire du don et d'autre part, l'approche paternaliste de sa gestion (Berry, 2014).

Les résultats soulignent la perception positive des participants canadiens de l'apport gratuit en médicaments pour la pharmacie du Poste grâce aux dons. En effet, les résultats montrent

qu'à leur arrivée au Poste, les coopérants sont étonnés de voir la faible quantité de médicaments disponibles à la pharmacie comparativement aux pharmacies du Québec. Ces derniers perçoivent alors que leurs dons auront un impact positif sur les stocks de la pharmacie. Aussi, le fait de constater le « peu » de médicaments à la pharmacie du Poste peut avoir nourri leur perception que les dons de médicaments répondent à des besoins matériels et sont une aide essentielle. Or, les coopérants ignorent qu'un tel stock dans une pharmacie de Poste est usuel et que les commandes sont réalisées mensuellement ou en fonction des besoins. Ce résultat illustre donc un manque de préparation sur ce sujet comme rapporté également par Lasker et *al.* (2018). Quant aux participants sénégalais, leur perception positive de l'apport gratuit en médicaments peut être liée à leur expérience où l'accès aux médicaments essentiels demeure problématique notamment en zone rurale (OMS, 2013).

Une autre perception qui se dégage des résultats est celle de la gestion difficile des dons pour le personnel du Poste. Ce fardeau organisationnel a été rapporté notamment par Green et *al.* (2009) et Chastang (2008). Toutefois, il faut préciser que cette perception négative n'est pas partagée par les participants sénégalais, ces derniers exprimant davantage leur satisfaction de la présence du groupe.

Un dernier résultat original est la discordance entre la perception des participants canadiens et sénégalais sur la dépendance du partenaire aux dons de médicaments. À l'instar de l'étude de Rovers et *al.* (2016), les propos exprimés par les participants canadiens traduisent leur préoccupation d'instaurer une relation de dépendance. Cette perception négative de dépendance prend ancrage sur les attentes exprimées par le partenaire et par l'impression des coopérants d'être les principaux pourvoyeurs en médicaments pour le Poste de santé. D'ailleurs, certaines MMCT décident sciemment de ne faire aucun don afin de l'éviter (Chapin et Doocy, 2010). Ce rapport de pouvoir impliqué dans la potentielle relation de dépendance est approfondi à la section 5.4.3 Les dons de médicaments s'inscrivant dans un rapport de pouvoir.

5.2.3.3 *Conséquences thérapeutiques*

Concernant le dernier thème sur les conséquences thérapeutiques, un premier constat est la perception de l'amélioration de la prise en charge des patients grâce aux dons de

médicaments. Cette perception s'appuie sur deux principales raisons : une meilleure disponibilité et une meilleure accessibilité des médicaments. En effet, pour les participants, les dons augmentent le choix thérapeutique, comblent les manques en médicaments et permettent de mieux traiter les patients. Ces meilleures accessibilité et disponibilité des médicaments lors des MMCT sont des avantages rapportés dans des contextes similaires (Decamp et *al.*, 2014; Green et *al.*, 2009; Nouvet et *al.*, 2016).

Les résultats mettent également en évidence la préoccupation des participants sur les risques d'erreurs des prescripteurs locaux avec les dons de médicaments. En effet, à l'instar des mises en garde de Gorske (2009), les coopérants ont constaté des erreurs de préparation des médicaments par les dépositaires. Aussi, les résultats montrent la prise de conscience des coopérants sur l'hétérogénéité de leurs dons et des risques d'erreurs que ça peut engendrer. En effet, toutes les MMCT ont apporté des médicaments de différentes présentations (concentration, quantité, emballage) devenant une source importante de confusion et d'erreurs tant chez les dépositaires que chez les coopérants. Une telle pratique est à proscrire pour éviter de dupliquer les présentations de médicaments (Brown et Ferrill, 2012). Enfin, ces erreurs observées par les participants les ont amenés à prendre conscience de l'importance de vérifier la médication après que les patients l'aient achetée à la pharmacie. La vérification des médicaments préparés est d'ailleurs une obligation déontologique pour les infirmières du Québec (Gouvernement du Québec, 2015).

Un autre constat est la perception des participants canadiens sur les risques de pratiques inadéquates par les professionnels locaux. Or, bien que dans cette étude des médicaments méconnus soient remis au Poste, les participants sénégalais ne partagent pas cette perception négative et n'expriment pas de préoccupations à ce sujet. Au contraire, les résultats portant sur la gestion locale des dons montrent l'acceptation des médicaments méconnus par l'infirmier-chef de Poste et son avis favorable à les utiliser.

Un dernier constat sur ce thème est la perception des participants d'un suivi clinique difficile des patients. Ce résultat se reflète notamment dans les préoccupations exprimées par les responsables de groupe sur l'absence de dossier-patient. Or, il existe un registre de patients tenu par les infirmiers locaux, mais ce registre consiste en un tableau format paysage regroupant les informations de base (date, nom, âge, sexe, adresse, symptôme,

résultat du test rapide de la malaria, examens para-cliniques, diagnostic, référence, traitement, observations). Sur ce tableau, il y a peu d'espace pour rédiger des données cliniques et observationnelles complètes comme les infirmières du Québec sont habituées. Bien que IISF ait produit une feuille de consultation où l'ensemble de l'examen clinique peut être décrit, ces notes ne sont utiles que pour les patients qui reviennent pour un suivi durant la présence du groupe. De même, ces feuilles ne sont pas laissées aux infirmiers locaux car, après tentatives dans le passé, ils ne les utilisent pas. Globalement, le fait de ne pas avoir un dossier complet pour chaque patient est perçu par les coopérants comme un frein à la continuité des soins entre les MMCT de IISF et le Poste de santé. Par conséquent, les participants canadiens ne se sentent pas en capacité d'assurer un suivi adéquat. Cette situation illustre la complexité pour les coopérants d'intervenir sans un tel dossier et dans une organisation différente du travail (Roche et *al.*, 2017; Sykes, 2014).

5.3 Trois axes pour améliorer la pratique des dons de médicaments

La troisième partie de ce chapitre présente la discussion sur les six pistes d'amélioration retenues par IISF. Celles-ci s'articulent autour de trois axes : la planification, l'encadrement et la formation.

5.3.1 Une planification collaborative des dons de médicaments

L'analyse des résultats met en lumière l'importance accordée par les participants à la planification collaborative des dons de médicaments entre IISF et son partenaire. La collaboration entre les OCI et leur partenaire est reconnue comme un principe inhérent lors de la planification des dons (WHO, 2011). Plus concrètement, Chastang (2008) et Decamp (2007) rappellent la nécessité d'une communication respectueuse avec le partenaire, c'est à dire d'écouter ses attentes et de clarifier ses besoins sans que l'organisme impose ses vues. Cette communication bilatérale et égalitaire apparaît essentielle pour éviter des conflits d'intérêts et des tensions silencieuses (Berry, 2014). Pour ce faire, le donateur et le donataire doivent ouvrir le dialogue, partager leurs attentes, leurs contraintes, accepter les critiques même si elles sont difficiles à recevoir, prendre le temps de comprendre les demandes du bénéficiaire et planifier en collaboration les dons afin de répondre aux mieux aux demandes du bénéficiaire en fonction des capacités du donateur (Chastang, 2008; WHO, 2011).

De plus, pour les participants de cette étude, la collaboration est un moyen de renforcer les capacités locales du partenaire. À l'instar de Prescott et *al.* (2018), nos résultats montrent que l'identification des besoins sur une liste par le partenaire constitue un moyen pour y parvenir. Globalement, les résultats mettent en évidence l'importance que revêt pour les participants le partenariat, le renforcement des capacités locales et la mutualité entre IISF et son partenaire lors de la planification des dons. Ce constat a également été rapporté ailleurs (Lasker et *al.*, 2018; Rozier et *al.*, 2017; Stone et Olson, 2016).

C'est d'ailleurs en accord avec cette valeur de renforcement des capacités du partenaire que les participants perçoivent positivement l'alternative de l'achat local des médicaments. Selon ces derniers, cette alternative appuie l'autonomie du partenaire et valorise le système de santé local. Ainsi, le partenaire décide et achète les médicaments en fonction des besoins du Poste assurant de fait qu'ils soient appropriés en termes d'utilité, de quantité et de conformité. Les avantages de cette alternative, tel que décrit dans cette étude, font écho aux à plusieurs textes sur les MMCT (Chastang, 2008; Hawkins, 2013; McCurry et Aldulaimi, 2018).

5.3.2 Un encadrement étroit des dons de médicaments

Un résultat original de cette étude est l'importance soulevée par les participants sur la nécessité d'un encadrement étroit des dons de médicaments. Pour y parvenir, les administrateurs proposent la création d'un comité interne à IISF et d'un comité local coordonné par le partenaire. Ces comités collaboreraient à l'élaboration d'une Politique des dons de médicaments ainsi que des procédures et outils nécessaires à sa mise en œuvre. Aussi, ils s'assureraient du respect des lois et réglementations sur l'exportation et l'importation de médicaments, mesure fortement recommandée par Rowthorn et *al.* (2019). Sur ces propositions, l'OMS (WHO, 2011) précise que la coordination des dons entre les donateurs et les bénéficiaires est essentielle pour améliorer leur qualité.

Un autre constat mis aussi en lumière par les résultats est l'importance pour les participants d'une donation officielle et transparente. Pour les administrateurs et les responsables de groupe, l'absence d'accusé de réception est une lacune qu'ils expriment comme un manque de traçabilité des dons et par des sentiments de méfiance de leur possible réorientation. Tel que stipulé dans la Charte des droits du donateur (Association des professionnels en

philantropie (AFP), 2015) à laquelle IISF souscrit, la traçabilité des dons constitue un moyen d'évaluation pour respecter l'engagement des « collecteurs de dons » à l'égard des donateurs. De même, pour Stone et Olson (2016), l'évaluation des interventions est un principe éthique central pour assurer des services et des soins de qualité lors des MMCT.

Enfin, la proposition d'instaurer des suivis postdonations auprès du partenaire et des coopérants s'inscrit dans la même idée de traçabilité. En effet, les suivis sont une occasion de communiquer avec le partenaire, de le considérer dans les prochaines décisions et de s'assurer de l'utilisation adéquate des dons (Rozier et *al.*, 2017). De même, pour les participants canadiens, la réception d'un suivi de la part de l'organisme sur leurs dons contribue à leurs sentiments de confiance et de satisfaction. Il est intéressant de constater que ce résultat rejoint les principes de respect et de confiance du public ainsi que l'importance des remerciements et de la reconnaissance évoqués dans la Charte des donateurs (AFP, 2015).

5.3.3 Une formation spécifique des coopérants au rôle de prescripteurs

La littérature fait peu mention de l'importance de la préparation clinique des coopérants lors des MMCT (Lasker et *al.*, 2018). Or, un constat de cette étude est l'identification par les coopérants de leurs besoins de formation pour les aider dans leur rôle de prescripteurs. En effet, ils affirment ne pas se sentir suffisamment préparés pour prescrire dans les conditions spécifiques du Poste de santé. Le manque de préparation des coopérants en lien avec leur rôle d'apprenants et les difficultés éthiques pouvant s'ensuivre ont été décrits ailleurs (Aluri et *al.*, 2018). Dans le contexte des MMCT de IISF au Sénégal, les résultats mettent en évidence trois catégories de besoins de formation au rôle de prescripteurs: (1) les modalités de prescription, (2) les pratiques locales de prescription et (3) l'enseignement en contexte interculturel. Ils traduisent le souhait des coopérants d'améliorer leur sentiment de compétence clinique lors des MMCT. Comme le soulignent Cheng et *al.*, (2019), la formation prédépart des coopérants est liée à l'efficacité et à la qualité de la MMCT. À la lumière des résultats, les sujets suivants apparaissent prioritaires : modalités de prescription, prescriptions infirmières non-pharmacologiques, pratiques locales de prescription, pratiques culturelles des patients avec les médicaments, stratégies pour

renforcer l'observance thérapeutique du patient et communication interculturelle avec les traducteurs. Ceux-ci sont discutés ci-après.

Parmi les propositions d'amélioration, il est suggéré par les coopérants et les responsables de groupe d'offrir des ateliers prédépart et préclinique sur leur rôle de prescripteurs. Aussi, les résultats montrent l'importance et la pertinence pour les participants d'impliquer le personnel du Poste dans ces ateliers. La réalisation d'un atelier préclinique avec l'équipe locale est recommandée afin de mieux connaître les médicaments disponibles sur place et échanger avec les prescripteurs locaux sur les modalités de prescription et d'enseignement (Brown et Ferrill, 2012; Lough et *al.*, 2018).

Un constat novateur de cette étude est la proposition des participants d'encourager la prescription infirmière non-pharmacologique. Ce résultat fait écho à la perception des participants de la survalorisation des médicaments canadiens et aux malaises ressentis par ces derniers lorsque les patients demandent des médicaments non nécessaires. Ces résultats s'éloignent du reproche souvent adressé aux MMCT sur leur approche centrée sur le curatif et non pas sur le préventif (Martiniuk et *al.*, 2012). Aussi, encourager les interventions infirmières de prévention, et non pharmacologique, valorise le savoir infirmier (Phaneuf, 2013) ainsi que son rôle professionnel tel que défini par la Loi sur les infirmières et les infirmiers (Gouvernement du Québec, 2020).

Enfin, la nécessité d'une préparation linguistique et culturelle spécifiquement adaptée au rôle de prescripteur est mise en lumière dans les résultats. Ce résultat reflète les difficultés de communication éprouvées par les coopérants et les malaises éthiques ressentis face à leur rôle professionnel, aussi décrits par Aluri et *al.* (2018). L'importance de la préparation linguistique et culturelle des coopérants participants à une MMCT est abondamment recommandée dans la littérature (Chiu et *al.*, 2014; Lasker et *al.*, 2018; McCurry et Aldulaimi, 2018; Rozier et *al.*, 2017).

En somme, à la lumière des résultats de cette étude doctorale, il apparaît nécessaire d'offrir aux coopérants de IISF une formation au rôle de prescripteurs avec des sujets spécifiques au milieu clinique. Il est proposé par les participants que cette formation prenne lieu avant le départ et avant le début des activités cliniques et qu'elle implique davantage l'équipe

médicale locale. Ce résultat est cohérent avec la littérature scientifique sur la préparation des coopérants à leur MMCT (Kalbarczyk et *al.*, 2019).

5.4 Les dons de médicaments et le phénomène du don

Le don aux étrangers peut prendre diverses formes telles que des dons de services, de biens et d'argent. Lors des MMCT, les dons de médicaments constituent l'une de ces formes et s'inscrivent dans un cycle plus vaste entre les acteurs impliqués. Dans le contexte de cette étude, il est apparu original et novateur de décrire ces dons en tant qu'objet intégré dans un cycle de don et ayant des rapports de confiance et de pouvoir. Cette section propose ainsi une discussion de ces thèmes par une analyse transversale des résultats à la lumière du cadre de référence sur le don.

5.4.1 Les dons de médicaments s'inscrivant dans un cycle de don

Décrit par Mauss (1924-1950), le cycle du don comporte trois grands moments : donner, recevoir et rendre. Bien qu'il ne soit pas possible de réduire le cycle en entités indépendantes, le don constitue un geste complet qui doit être compris comme tel avant d'être inséré dans son système plus vaste (Godbout, 1995). Les résultats de cette étude suggèrent que les dons de médicaments entre IISF, les coopérants et le partenaire s'inscrivent dans un cycle de don avec des règles codifiées et implicites lors des trois grands moments de donner, recevoir et rendre. Celles-ci sont présentées ci-dessous.

5.4.1.1 Donner

Le premier grand moment du cycle du don est donner. Dans le contexte de cette étude, cette étape comprend tout ce qui est réalisé par les donateurs avant la « donation » aux bénéficiaires. Les dons de médicaments en contexte de MMCT constituent une forme moderne de don aux étrangers prenant ancrage dans un organisme fondé sur le bénévolat (Godbout, 1995). IISF est un organisme bénévole, les administrateurs et les coopérants ne reçoivent aucune rémunération. De plus, le fonctionnement de l'organisme s'appuie sur le don, que ce soit aux niveaux des ressources financières, humaines et matérielles. Ainsi, il n'y a pas de rupture entre celui qui donne, qui rend le service et celui qui reçoit (Godbout, 1995). Il s'agit aussi d'une aide communautaire où la relation du don est personnalisée. Les résultats de cette étude portant sur les perceptions illustrent d'ailleurs comment la formation pré-départ offerte aux coopérants est un moment significatif à leur sensibilisation

aux bonnes pratiques des dons de médicaments et de la coopération internationale. En effet, les coopérants sont informés sur les bénéficiaires des dons et sont invités à réfléchir à leur motivation de donner et aux conséquences potentielles, positives et négatives, de cet acte. La formation prédépart apparaît ainsi un moment privilégié de personnalisation symbolique de la relation de don (Godbout, 1995). Cette dimension personnelle du don est d'ailleurs l'une des particularités des MMCT notamment parce qu'il s'agit de groupes de personnes volontaires et bénévoles motivés d'apporter une aide humaine et matérielle à une population qu'ils ne connaissent pas. Comme les résultats portant sur les trajectoires des dons de médicaments le montrent, les étapes avant la MMCT sont nombreuses, s'étalent dans le temps et sont complexes pour les coopérants, par exemple lors de la collecte des dons. Les résultats illustrent aussi l'implication importante et personnelle de la part des coopérants. Ce don de soi est directement lié aux motivations des coopérants à prendre part à une MMCT et à donner.

La charge symbolique de la dimension personnelle du don se reflète aussi dans les résultats portant sur les perceptions de l'acte de donner des médicaments. Ces résultats sont liés aux motivations variées des participants à donner. Selon Godbout (1995), les motivations des personnes à s'engager dans des actions bénévoles, telles que les MMCT, sont le sentiment d'obligation envers les personnes aidées, le plaisir et le retour. Les résultats de cette étude suggèrent que les dons de médicaments sont un moteur et un canal à la motivation des participants. En effet, parmi les différents sens perçus de l'acte de donner des médicaments par les participants, les thèmes Donner pour répondre à des besoins, Donner par altruisme et Donner par redevabilité traduisent une forme de sentiment d'obligation à donner. Plus précisément, les perceptions que les dons sont une aide essentielle, qu'ils sont une forme de déculpabilisation et de partage de ressources ainsi qu'une manière de compenser le fardeau de la présence des MMCT traduisent ce sentiment d'obligation ressenti par les participants.

La seconde motivation, celle du don par plaisir, s'exprime à travers le thème de Donner par altruisme notamment par les perceptions positives du don comme une forme de donner au suivant, de donner par solidarité et par entraide. Aussi, le fait que la collecte des dons de médicaments soit considérée comme une étape significative pour voir le fruit des efforts du groupe ainsi que les émotions de fierté et de joie exprimées par les participants lors de la

donation traduisent le plaisir pouvant être procuré par le don. Enfin, la troisième motivation, celle du don pour le retour, est mise en évidence par le thème de Donner pour répondre à des besoins où le don de médicaments est perçu comme une source de valorisation du donateur. De même, les résultats montrent que la donation est une étape significative notamment par ce qu'elle permet aux coopérants de recevoir une reconnaissance pour leur don, celle-ci prenant forme de sourire, de joie et de remerciements. Une responsable de groupe a d'ailleurs souligné que de *voir* la réaction de joie des bénéficiaires suffisait pour justifier les efforts investis pour les dons.

Les résultats soulignent également la dimension incertaine du don. En effet, même s'il n'y a pas de surprise en soit dans les dons de médicaments, puisque ceux-ci sont planifiés et attendus par les bénéficiaires, il y a une part d'inconnu sur la nature et la quantité de médicaments remise. À la lumière des résultats, cette incertitude semble contribuer au sentiment de plaisir pour les coopérants de préparer les dons. Ce résultat est illustré par la perception des coopérants que la préparation des valises est un moment significatif pour voir le fruit de leurs efforts. Ce moment amène les coopérants à se projeter dans la donation qui aura lieu et, par conséquent, ils nourrissent un sentiment d'espoir à faire plaisir. Du côté des bénéficiaires, bien qu'ils ne sachent pas le contenu des dons, les résultats montrent qu'ils n'en ont pas moins de grandes attentes. Cette part d'incertitude est au cœur de la relation du don (Godbout, 1995).

5.4.1.2 Recevoir

Le second grand moment du cycle du don est recevoir. Dans le contexte des MMCT, cette seconde étape débute lors de la « donation » laquelle constitue le moment où le don est remis des coopérants aux bénéficiaires qui reçoivent le don. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de règles formelles quant à la manière de procéder à la donation entre les coopérants et les responsables locaux. Néanmoins, les règles informelles appliquées par le partenaire rendent la donation comme un événement officiel et transparent. L'échange cérémoniel du don est décrit notamment par Mauss (1924-1950) avec des exemples de dons archaïques. Fait intéressant, les résultats de cette étude illustrent que malgré l'absence de règles formelles sur comment doit se dérouler la donation, les acteurs se comportent de leur propre gré avec cérémonie, traduisant l'importance que revêt pour eux cette étape. Les

codes appliqués par les acteurs inclus le port de vêtements officiels, l'énonciation de discours élogieux et la prise de photos. Concernant l'importance de la transparence lors de la donation, ce résultat apparaît en lien avec le principe de confiance de la relation de don (voir la section 5.4.2 Les dons de médicaments s'inscrivant dans un rapport de confiance). De même, les résultats soulignent les attentes des participants vis-à-vis les dons et la donation. Ces attentes ont donné lieu à des sentiments de satisfaction ou de déception en fonction du déroulement de la donation, de la réaction des bénéficiaires et du contenu des dons. Enfin, l'obligation de recevoir est liée au maintien ou à la rupture de lien social (Godbout, 1995). Les résultats de cette étude montrent que le partenaire a reçu et a accepté tous les dons remis, même ceux ne respectant pas ses propres critères de sélection, à l'exception des médicaments périmés. On peut se demander si cette décision est liée à un sentiment d'obligation du partenaire à accepter le don. Le cas échéant, ce résultat soulève les enjeux de pouvoir de la relation de don (voir la section 5.4.3 Les dons de médicaments s'inscrivant dans un rapport de pouvoir).

5.4.1.3 Rendre

Le troisième grand moment du cycle du don est rendre. Selon Mauss (1924-1950), les bénéficiaires doivent rendre à leur tour un don d'une valeur supérieure à celle du don et doit se réaliser après un délai qui maintient un état de dette morale. L'obligation de rendre consiste donc pour les bénéficiaires de devenir à leur tour donateurs, avec prise de pouvoir, et de réalimenter le cycle de la dette perpétuelle (Godbout, 1995). Ce contre-don se caractérise d'abord par une règle de non-équivalence. La valeur du contre-don ne peut pas se calculer puisque c'est l'intention de l'acte du don qui compte. La valeur dépendra alors de la relation entre les parties et du moment où se situe le don dans la trajectoire. Dans cette étude, les résultats montrent le contre-don a pris diverses formes uniquement non matérielles (discours, mots chaleureux, sourires et expressions de satisfaction, accueil du groupe, gentillesse et disponibilité du personnel, etc). La valeur du contre-don semble être liée à un souci des bénéficiaires que les coopérants se sentent remerciés et bien accueillis au Poste de santé. Même si les bénéficiaires ne connaissent pas les coopérants et qu'il n'y a pas de « relation » entre eux, les contre-dons sont effectués avec la même sincérité et intensité qu'avec les coopérants qu'ils connaissaient d'anciennes missions. Ce résultat traduit que le contre-don peut être dirigé indirectement à la relation avec IISF (si les

groupes sont satisfaits de leur séjour, IISF sera satisfait de son partenariat et continuera à envoyer des groupes et à entretenir ses relations avec le partenaire, etc.). Enfin, globalement, les coopérants sont dits satisfaits de leur expérience au Poste de santé et estiment avoir plus reçu que ce qu'ils ont donné.

Comme décrit ci-haut, le don aux étrangers réalisé lors des MMCT est fondé sur le bénévolat. Dans ce type de don, les donateurs insistent souvent sur le principe de gratuité (Godbout, 1995). Bien que les donateurs disent ne rien attendre en retour, ils ont tout de même une attente implicite de contre-don (Godbout, 1995). Dans cette étude, les résultats portant sur les perceptions des participants sur l'acte de donner n'évoquent pas de thèmes sur l'attente d'un contre-don, confirmant cette règle implicite du non-dit dans le cycle du don. En effet, pour les participants, le sens du don est multiple. Il s'agit notamment de donner pour répondre à des besoins, donner par altruisme et donner par redevabilité mais ils n'expriment pas vouloir donner pour recevoir en contrepartie. Or, comme Godbout (1995) l'explique, les résultats de cette étude montrent qu'au contraire, les coopérants ont un intérêt dans leur don, celui de recevoir en retour. À ce sujet, un constat novateur de cette étude est la charge symbolique accordée par les participants à la donation. Le thème Être témoins de la satisfaction ou de la déception du partenaire met en évidence l'importance pour les coopérants de recevoir une reconnaissance en retour. Tel que mentionné ci-haut, l'importance de ce retour s'explique notamment par la forte implication personnelle des coopérants dans les étapes « Avant les MMCT » des trajectoires des dons. Ainsi, recevoir la reconnaissance du partenaire est une forme de contre-don symbolique pour les coopérants. Un autre résultat confirmant l'existence de ce contre-don sous forme de reconnaissance est l'énonciation des discours élogieux par les responsables locaux et par les responsables de groupe lors de la donation. Ces discours servent à remercier d'abord des dons reçus, puis de la présence de la MMCT et enfin de la collaboration avec l'organisme. Ils sont une forme de réciprocité et de contre-don attendus et implicites (Godbout, 1995). De même, les résultats ayant émergé en lien avec le thème Être témoins de la satisfaction et de la déception illustrent la dimension évaluative des coopérants de ce contre-don, par exemple par leur observation des expressions de sourires et de joies sur les visages des bénéficiaires, du ton chaleureux, des mots utilisés lors des discours et du nombre de fois qu'ils ont entendu un remerciement. Ces formes de contre-don sont

interprétées par les coopérants qui évaluent si oui ou non ils ont répondu, voire dépassé, les attentes des bénéficiaires. Le cas échéant, les coopérants expriment à leur tour leurs sentiments de fierté et de valorisation. Pour eux, le don était alors « réussi » parce qu'il a été « bien » reçu, c'est-à-dire selon leurs attentes.

Les résultats de cette étude illustrent une autre forme de contre-don perçue par les participants, soit l'accueil des coopérants au Poste. Ce contre-don n'est pas dirigé spécifiquement aux dons de médicaments mais pour l'ensemble de la MMCT et, globalement, de la collaboration avec IISF. Ce contre-don sous forme de service constitue à son tour l'un des sens du don, pour les participants, évoqué dans le thème Donner par redevabilité. Autrement dit, les résultats montrent que les dons de médicaments sont pour les coopérants un contre-don pour remercier les bénéficiaires de l'accueil et, en même temps, ces derniers disent offrir un accueil pour remercier, entre autres, les dons reçus par les coopérants. Ce constat illustre à lui seul le cycle perpétuel du don et de la dette réciproque (Godbout, 1995). Dans cette étude, il a été observé que le contre-don sous forme de reconnaissance est attendu et symboliquement important pour les coopérants. Par conséquent, le contre-don en contexte de MMCT existe, il n'est pas ignoré des acteurs mais il est implicite (Godbout, 1995).

En résumé, les résultats de cette étude explicitent comment les dons de médicaments s'inscrivent dans un cycle dynamique de don. Les constats évoqués dans cette partie de chapitre révèlent que même si les dons de médicaments lors des MCMT constituent un don aux étrangers, les coopérants ont diverses motivations à donner : par obligation, par plaisir et par le retour. Ensuite, les résultats révèlent l'importance de l'échange cérémonial lors de la donation et que recevoir des dons est lié non seulement à une valeur de lien mais peut aussi traduire un jeu de pouvoir. En recevant un don, les bénéficiaires s'engagent à leur tour à rendre le don. Enfin, les résultats illustrent l'existence et l'importance d'un contre-don bien que celui-ci soit implicite. Le cycle du don est avant tout une relation de don, qui créé, maintien ou rompt des relations sociales entre les acteurs impliqués. Cette valeur de lien s'appuie sur un rapport de confiance qui est l'objet de la section suivante.

5.4.2 Les dons de médicaments s'inscrivant dans un rapport de confiance

Le sens du don est lié à la relation entre les acteurs impliqués dans le cycle. Comme illustré à la section ci-haut, il y a une part d'incertitude et de non-dits sur comment donner, comment recevoir et comment rendre, ces règles étant informelles et implicites. Par conséquent, le don repose sur la confiance entre les personnes, sur son caractère incertain du don et sur ses non-dits. Lorsque les règles implicites du don ne sont pas respectées, le rapport de confiance est brisé et les personnes impliquées peuvent être affectées (Godbout, 1995). Les résultats de cette étude illustrent différentes situations où un rapport de confiance et de méfiance est impliqué dans la relation de don.

La première situation est lors de l'étape des contrôles prédonations. Les résultats portant sur les trajectoires montrent que l'organisme s'appuie sur la confiance aux coopérants pour justifier leur manque de contrôles, et ce, tout en y reconnaissant les limites. Il y a ici une double relation de confiance, d'abord entre les administrateurs, qui se font confiance entre eux pour la bonne application des procédures, ensuite, entre les administrateurs et les coopérants sur le bon respect des procédures. Comme vu ci-haut, cette confiance s'explique par la relation personnalisée établie entre l'organisme, les administrateurs et les coopérants. Or, les résultats de cette étude confirment que la confiance ne suffit pas pour assurer une bonne pratique des dons de médicaments. En effet, les résultats mettent en lumière un vide logistique dans l'application des contrôles prédonations par IISF et que tous les groupes n'ont pas respecté les procédures exigées (critères de sélection, envoi de l'inventaire, accusé de réception). Les résultats montrent aussi que le bris de cette confiance, par exemple lorsque le président de IISF prend conscience de l'échec des contrôles prédonations, un sentiment de déception est ressenti par les acteurs. Par conséquent, le bris de confiance peut nourrir un sentiment de méfiance entre IISF et ses coopérants. Dans cette étude, lorsque le Président a constaté que le groupe n'avait pas respecté les procédures, cette situation a été motrice à une prise de conscience sur le vide logistique et sur l'importance d'y remédier. Les résultats ne montrent pas, pour cette étape de la trajectoire, que le bris de confiance ait impacté les relations entre IISF, ses coopérants et son partenaire dans une plus large mesure.

La seconde situation où un rapport de confiance s'illustre est lors de l'étape de la gestion locale. Un thème intéressant ayant émergé des résultats portant sur les perceptions est celui

de la confiance et de la méfiance sur la gestion locale des dons. À la lumière des résultats de cette étude, ces perceptions sont liées à des facteurs de connaissances préalables (du partenaire, des modalités de gestion), d'expériences antérieures similaires et de transparence de la gestion ainsi que de la redistribution des dons. Notons que ces facteurs contribuent à la personnalisation de la relation entre les acteurs, caractéristique essentielle à la relation de don. Ainsi, lorsque la relation entre les acteurs n'est pas assez forte ou lorsque les règles du don ne sont pas respectées, la confiance s'affaiblit (Godbout, 1995).

La troisième et dernière situation mettant en exergue le rapport de confiance est lors de l'étape des contrôles et suivis postdonations. Il ressort des résultats portant sur cette étape les thèmes des suivis informels par IISF et du manque de contrôles par les autorités sénégalaises. Ceux-ci traduisent les perceptions de méfiance des participants dans la relation de don s'expliquant notamment par la nature du don à des étrangers (Godbout, 1995). En effet, les dons de médicaments entre les coopérants et les bénéficiaires sont des dons aux étrangers, et comme les coopérants ne connaissent pas les bénéficiaires, ils n'ont pas une confiance absolue. Aussi, leur rapport de confiance peut être biaisé négativement par leurs expériences antérieures ou par des discours qu'ils ont entendus de détournement de médicaments ou de corruption. Par manque de connaissance des bénéficiaires et du fonctionnement du système de gestion locale, les résultats montrent que les coopérants sont méfiants et qu'il est important pour eux de recevoir un suivi post-donation afin de réassurer sur l'utilisation à bon escient de leurs dons. D'ailleurs, il est intéressant de remarquer que le principe de confiance est au cœur de la philosophie de la Charte des droits du donateur (AFP, 2015) et que le besoin de rassurance est illustré par l'article suivant « Avoir l'assurance que ses dons seront utilisés dans le but dans lequel ils sont faits » (p.1). Effectuer une surveillance postdonation apparaît nécessaire pour maintenir la relation de confiance, renforcer la valeur de lien du don et enrichir le lien social (Godbout, 1995).

Ces trois situations exposées dans cette section illustrent l'implication centrale du rapport de confiance dans la construction de la relation de don, et ce, tout au long des trajectoires décrites dans les résultats de cette thèse. La valeur de lien du don dépend ainsi du circuit dans lequel le don circule (Godbout, 1995). En plus du rapport de confiance, la relation de don est le lieu d'un rapport de pouvoir qui est présenté à la prochaine section.

5.4.3 Les dons de médicaments s'inscrivant dans un rapport de pouvoir

Les rapports de pouvoir sont inhérents aux relations humaines. Rappelons que cette thèse ne visait pas l'exploration des structures de pouvoir qui persistent entre les acteurs du Nord et du Sud dans le champ de la coopération internationale. Par contre, l'analyse des résultats apporte quelques éclairages pertinents sur comment les dons de médicaments, en tant qu'objet social, sont liés à des relations de pouvoir existantes dans un contexte de MMCT. Cette section présente d'abord les rapports de pouvoir des dons de médicaments liés au cycle du don, puis dans une perspective plus large, comment ils s'inscrivent dans un contexte de partenariat et de coopération qui contribuent à maintenir et à créer de nouvelles formes de pouvoir.

Par ses trois grandes obligations, donner, recevoir et rendre, le cycle du don s'inscrit dans un rapport de pouvoir. En effet, au départ, les donateurs ont le pouvoir de choisir ce qui composera le don. Ce premier rapport de pouvoir rejoint Berry (2014) sur l'image égoïste de l'aide où l'intention charitable du donateur peut mener à une forme d'aide centrée sur les intentions du donateur et non pas sur les besoins des bénéficiaires. Dans le contexte de cette étude, bien que le partenaire identifie ses besoins sur une Liste, il laisse le choix aux coopérants d'apporter les médicaments qu'ils veulent. De même, bien que ces derniers remettent la Liste aux donateurs, ils ne savent pas nécessairement ce qu'ils recevront en don. Le choix du don par le donateur reflète la valeur qu'il souhaite accorder à la relation et contribue à la valeur de lien du don (Godbout, 1995). Ensuite, au moment de recevoir le don, comme vu plus haut, le receveur est obligé de l'accepter pour maintenir et renforcer le lien social. Dans cette étude, les résultats portant sur les trajectoires montrent que même lorsque le partenaire est déçu des dons, et que les médicaments ne répondant pas aux critères de sélection préétablis, il les accepte. Ce résultat peut être expliqué par la « force » du don révélant la supériorité du donateur (Godbout, 1995) et où le bénéficiaire se retrouve dans un rapport de domination et de conflit d'intérêts (Berry, 2014). Néanmoins, dans le contexte de cette étude, les résultats montrent que le partenaire a exercé son pouvoir par exemple en refusant médicaments périmés et en demandant aux coopérants de les rapporter au Québec. D'ailleurs, la création de mécanismes pour aider les bénéficiaires à refuser des dons de médicaments est recommandée (Cañigual-Vila et *al.*, 2015).

Enfin, les bénéficiaires ont le pouvoir de rendre un contre-don et de décider la valeur de lien qu'ils accordent à la relation de don (Godbout, 1995). Les résultats de cette étude montrent une satisfaction générale de tous les acteurs du contre-don ce qui peut s'expliquer par leur souhait de maintenir les relations entre les groupes et le milieu ainsi qu'entre IISF et son partenaire. Ou encore, comme le prévient Berry (2014), peut cacher le malaise des bénéficiaires à exprimer leurs insatisfactions par crainte de nuire à la relation de partenariat avec IISF ou de subir des conséquences de la part de l'organisme.

Dans un autre angle, l'analyse des résultats suggèrent que les dons de médicaments s'inscrivent dans un contexte de partenariat et de coopération lequel contribuent à maintenir et à créer de nouvelles formes de pouvoir. Déjà, le partenariat entre IISF et le Poste de santé est teinté d'une relation de pouvoir puisque l'organisme est celui qui est principalement en amont des initiatives et des décisions (Audet, 2016). Ensuite, dans un esprit de renforcement des capacités, les résultats identifient trois mesures mises en place par IISF pour collaborer avec son partenaire. La première est d'impliquer ce dernier dans l'identification de ses besoins. La seconde est la vérification et l'approbation des inventaires des dons avant le départ. La troisième est l'appui à la décision du Comité de santé de revendre les médicaments. Ces résultats traduisent une volonté de l'organisme de reconnaître le pouvoir du partenaire dans une perspective de renforcement des capacités (Stone et Olson, 2016; WHO, 2011). Or, les résultats de cette étude doctorale ne suggèrent pas une réelle contribution des dons de médicaments à l'autonomisation du partenaire. Précisons que cet enjeu n'a pas été spécifiquement analysé dans cette étude. Toutefois, un constat nuancé a émergé de l'analyse des résultats sur ce sujet. D'une part, les dons de médicaments provenant des MMCT apparaissent être en quantité insuffisante pour créer une réelle dépendance matérielle. Ensuite le partenaire est déjà autonome financièrement pour s'approvisionner et répondre à ses besoins en médicaments. D'ailleurs, pour y parvenir, il recourt à des initiatives locales (dotation du gouvernement et ONG sénégalaise) et assure une gestion efficace de la trésorerie du Poste. Ces moyens sont reconnus comme étant les nouvelles pierres angulaires de l'aide au développement (Salam Fall, 2016).

D'autre part, l'acte du don peut lui créer des effets d'insécurité et de dépendance des bénéficiaires (Godbout, 2013). Les résultats montrent que le partenaire continue à

demander une aide matérielle laquelle est perçue comme de la dépendance par les participants canadiens. Celle-ci est une source importante de préoccupation pour les participants canadiens. Tandis que pour les participants sénégalais, ils ont une perception positive de l'apport en médicaments et de la collaboration avec IISF, possiblement parce qu'ils vivent dans la situation, résultat également rapporté par Laleman et *al.* (2007). Ces derniers reconnaissent avoir besoin de l'aide de IISF et des dons de médicaments bien qu'ils constituent un « extra », une aide ponctuelle et minimale en comparaison à la quantité de médicaments achetés sur une année. À la lumière de ce constat, il ne faut pas surestimer les effets des dons de médicaments réalisés par les MMCT de IISF sur la potentielle relation de dépendance avec le partenaire. Par contre, il est intéressant de remarquer ici que cette perception positive des bénéficiaires de l'aide étrangère est normalisée, ces derniers adoptant une position de récepteurs passifs et où les dons constituent une aide attendue dans le contexte d'une collaboration avec une ONG étrangère. Ainsi, bien que ce soit le partenaire qui ait demandé à recevoir des médicaments, ce résultat illustre une relation de pouvoir qui est maintenue par le contexte de coopération et qui a été critiquée au Sénégal où les acteurs locaux se considèrent dans le besoin d'une aide externe (Salam Fall, 2016; Thioune, 2015).

On peut alors se demander s'il y a réellement une dépendance? Ce serait plutôt les rapports de pouvoir liés au contexte de coopération et de partenariat, avec la volonté de « renforcer les capacités », qui teintent les perceptions et comportements des acteurs sur *comment* agir dans un tel contexte. Par exemple, les résultats illustrent que IISF a, consciemment ou non, instrumentalisé cette image paternaliste de l'aidant-aidé ainsi que de la « nécessité » des dons de médicaments comme outils marketing auprès des pharmaciens, stratégie couramment utilisées par les organismes humanitaires (Audet, 2016). Aussi, les résultats montrent que malgré l'identification des besoins par le partenaire et son implication, l'organisme a un poids plus lourd dans la prise de décision, illustrant un rapport de domination organisationnelle et un manque d'espace aux décisions et aux initiatives locales (Salam Fall, 2016). Cette quatrième section du chapitre a décrit comment les dons de médicaments s'inscrivent dans un cycle de don, dans un rapport de confiance et dans un rapport de pouvoir. Leur implication sur la valeur de lien du don a été discutée. En effet, les résultats montrent que les participants accordent une importance à la valeur symbolique

des dons de médicaments et qu'ils peuvent en être affectés par exemple par des sentiments de satisfaction ou de déception. Ce constat est un apport majeur et novateur de cette recherche doctorale. Il soutient que les dons de médicaments ne sont pas qu'un don matériel mais ont aussi une dimension relationnelle, illustrée ici par le cycle du don, significative pour tous les acteurs impliqués. Le cycle du don est perpétuel, les trois grands moments de donner, recevoir et rendre circulent dans tous les sens et entre tous les acteurs. Il n'est pas possible de le réduire en parties distinctes et pour le comprendre, il faut l'observer dans son système entier. Cette section ne visait pas à analyser l'ensemble du cycle du don entre IISF et son partenaire, mais bien à mettre en lumière la complexité de ce phénomène.

5.5 Forces et limites

Un processus rigoureux de recherche a été appliqué tout au long de cette étude. Néanmoins, certaines limites doivent être discutées. Cette section présente les forces et limites de cette étude à travers une discussion critique et transversale à cinq thèmes liés aux critères de rigueur de la recherche-action (Savoie-Zajc, 2001) : la dimension collaborative, l'engagement des chercheurs, la problématique réelle, les choix méthodologiques et l'appropriation du projet par IISF.

5.5.1 La dimension collaborative

La dimension collaborative Québec-Sénégal du comité de recherche constitue une force majeure de cette étude. En effet, ce projet a profité de la richesse de la composition du comité de recherche comprenant que des acteurs-terrains détenant une grande expérience avec la problématique et travaillaient déjà ensemble via les activités de IISF. Cet atout a été significatif lors des rencontres de travail et a contribué aux prises de décision consensuelles. D'un autre côté, la décision unilatérale de l'étudiante-chercheuse de réorganiser le comité de recherche en deux sous-comités est un changement méthodologique considérable pouvant être une limite à cette étude. Il faut s'interroger sur l'impact de cette décision sur le sentiment d'appartenance des membres sénégalais au projet, ces derniers ayant pu se sentir mis de côté. Il aurait été préférable que l'étudiante-chercheuse valide auprès des membres leurs impressions sur l'organisation et les modalités du comité afin de trouver une solution adaptée et unanime par souci du principe de

démocratie appliqué à la recherche-action. On reconnaît aussi que ce changement paraît contradictoire à la vision et à la valeur collaborative mise de l'avant par ce projet. Il aurait été judicieux de planifier une rencontre avec l'ensemble des membres afin de renforcer la dynamique et le sentiment d'appartenance du groupe. Dans le contexte d'une collaboration internationale, nous invitons les futurs chercheurs à réfléchir aux différentes configurations de comité de recherche, par exemple en réseau de sous-comités comme cela a été réalisé ailleurs (Suárez-Herrera et *al.*, 2013). Enfin, cette limite illustre le défi que peut représenter ce type de devis notamment auprès d'étudiants doctoraux qui sont confrontés à des exigences académiques et à des ressources limitées (Caouette, 2012).

5.5.2 L'engagement des cochercheurs

L'engagement soutenu des cochercheurs et leur participation active constituent une force importante à mettre en lumière notamment pour leur regard transversal et critique posé sur l'ensemble de la démarche de recherche. Comme l'implication du comité s'est étalée sur trois années, nous estimons que la participation et l'engagement soutenus des cochercheurs tout au long du processus sont des forces déterminantes de cette étude. L'engagement dans le comité de membres représentant à la fois l'organisme, les coopérants et les bénéficiaires a favorisé une pluralité des perspectives de la problématique et une compréhension commune (Coghlan et Brannick, 2014; Reason et Bradbury, 2008), ce qui est un apport empirique novateur de notre étude. De surcroît, l'engagement du comité a été essentiel à la mise en œuvre et à l'aboutissement de la démarche de RAE. Il était aussi un prérequis à la co-construction d'un savoir commun sur les dons de médicaments en contexte de MMCT (Brydon-Miller et *al.*, 2003). Enfin, il faut reconnaître que dans le cadre de cette étude, il n'y a pas eu d'évaluation formelle de l'expérience des cochercheurs ni de leurs perceptions sur les stratégies employées pour assurer la scientificité de ce projet. Nous recommandons aux chercheurs de réaliser une évaluation globale à la fin du projet pour permettre aux cochercheurs de réfléchir et de critiquer l'ensemble de la démarche sur les plans de la scientificité et de leur contribution en tant que comité.

5.5.3 La problématique réelle

Une autre force de cette étude est la connaissance préalable de l'organisme et du Poste de santé par l'étudiante-chercheuse. Elle détenait aussi une connaissance étroite du thème de

cette étude (Aubé et *al.*, 2015). À la fois pour IISF et pour le Poste de santé, elle s'était déjà imprégnée du fonctionnement interne, de l'organisation de travail, de la structure hiérarchique et de la dynamique relationnelle entre certains membres. Cette connaissance étroite des milieux ainsi que sa relation de confiance avec les administrateurs de IISF, les responsables de groupe et le partenaire ont favorisé son accès aux milieux, son accueil et sa présence en tant qu'étudiante-chercheuse. Enfin, la valeur de cette connaissance mutuelle est démontrée dans le niveau d'engagement de l'organisme et du partenaire.

D'un autre côté, l'influence qu'a pu exercer l'étudiante-chercheuse sur le déroulement de l'étude et les résultats obtenus mérite aussi d'être questionnée. Bien que cette variable soit difficile à évaluer, nous reconnaissons qu'étant elle-même infirmière avec une expérience significative avec les MMCT de IISF et la pratique des dons de médicaments dans ce contexte spécifique peut avoir biaisé l'analyse du déroulement de cette recherche-action ethnographique par les acteurs-terrains et influencé leurs propres réflexions. Malgré la mise en place de stratégie pour minimiser les biais liés à la subjectivité et au double-rôle de l'étudiante-chercheuse auprès du comité de recherche et des participants, il n'y a pas eu d'analyse spécifique à cet effet. Nous recommandons aux chercheurs réalisant des projets dans leur propre organisation de rédiger un journal de bord afin d'inscrire leurs impressions subjectives et de les analyser par la suite (Olivier de Sardan, 2008).

5.5.4 Les choix méthodologiques

La pertinence d'avoir choisi une approche de recherche-action ethnographique pour ce projet ne fait aucun doute, car cette approche a permis d'impliquer les principaux concernés dans la définition de la problématique et dans l'élaboration du projet, de concrétiser un changement souhaité par le milieu de recherche, de reconnaître l'expertise des membres du comité de recherche et de ceux de la communauté sénégalaise et d'encourager la collaboration entre IISF, ses coopérants et son partenaire dans leur pratique des dons de médicaments. Nous estimons aussi qu'un devis de recherche-action ethnographique est une démarche originale et innovante dans le domaine de la santé et plus particulièrement dans le contexte de la recherche avec des OCI.

Une autre force de cette étude est d'avoir planifié le processus de recherche avec la participation des cochercheurs des différents milieux socioculturels impliqués. Ils ont ainsi

pu valider les choix méthodologiques. La présence prolongée de l'étudiante-chercheuse sur le terrain est une stratégie qui a contribué significativement à la qualité de la collecte et de l'analyse des données. En effet, elle a effectué quatre séjours distincts au Sénégal pour un total de 15 semaines ce qui a diversifié les unités d'observation et diminuer les biais liés à la présence du chercheur et les biais d'en cliquage. D'ailleurs, la saturation empirique des observations réalisées *in situ* est une force à souligner. De plus, nous considérons que les stratégies de triangulation des sources, des chercheurs et des méthodes utilisées dans cette étude sont une force et compensent les faiblesses respectives des techniques de collecte des données (Savoie-Zajc, 2004).

Concernant les entretiens semi-dirigés, une limite considérable qu'il faut critiquer est de ne pas avoir réussi à explorer en profondeur l'expérience des patients avec les dons de médicaments. En effet, malgré des efforts accrus de recrutement, des difficultés logistiques ont limité le nombre de participants. Nous recommandons aux chercheurs de planifier à l'avance les stratégies de recrutements pour les participants moins accessibles et prévoir du temps supplémentaire pour poursuivre le recrutement jusqu'à une saturation empirique des données. Néanmoins, une originalité appliquée dans cette étude est d'avoir réalisé les entretiens avec les patients en langue wolof par un cochercheur sénégalais. En plus d'avoir facilité l'expression des patients, cette activité a été une source de motivation, d'appropriation et d'apprentissage pour ce cochercheur. Nous encourageons l'implication des cochercheurs dans les activités de collecte de données avec une préparation pour les familiariser à la technique utilisée et au cadre scientifique de l'activité. Enfin, une autre limite importante à souligner est que la traduction de ces entretiens n'a pas été doublement vérifiée, et ce, pour les mêmes raisons citées ci-haut. Ce biais de la traduction limite ainsi la qualité et la fiabilité des données provenant des participants du groupe « Patients ». Nous recommandons les chercheurs à planifier à l'avance la traduction et la vérification de la traduction, notamment en approchant différentes personnes pouvant accomplir cette tâche. Également, cette étape doit être prévue au budget du projet. Toutefois ces limites n'ont pas porté atteinte à l'objectif de cette étude qui visait l'amélioration de la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire. En effet, les données recueillies auprès des autres groupes de participants étaient suffisamment riches et diversifiées pour décrire en profondeur les trajectoires, les perceptions et les propositions d'amélioration de la pratique.

5.5.5 L'appropriation du projet

Concernant l'appropriation du projet par IISF, une force à souligner est que malgré la fin de la collaboration entre l'organisme et son partenaire au Sénégal à l'été 2018, l'organisme a maintenu un fort intérêt dans le projet et a rapidement signifié que certains résultats de la recherche peuvent être appliqués auprès de leur nouveau partenaire au Bénin.

Le « localisme » de la recherche-action, c'est-à-dire qu'elle soit spécifique à une situation donnée et dans un milieu ciblé, constitue une limite (Brydon-Miller *et al.*, 2003). Selon ces auteurs, puisque le projet est spécifique à une situation et à un groupe de personnes, les réponses apportées à la démarche d'amélioration d'une pratique sont restreintes à ce milieu et ne peuvent pas être facilement transposable à une plus grande échelle. Ainsi, dans cette étude doctorale, les solutions co-déterminées peuvent être significatives, adaptées et efficaces pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire, mais peuvent ne pas être appropriées, ou du moins pas de la même façon, auprès d'un autre OCI offrant des MMCT dans un contexte similaire que celles de IISF.

Toutefois, le cadre de cette étude peut être transposé et adapté à d'autres situations similaires (Winter et Munn-Giddings, 2001), notamment grâce à la description détaillée du processus de recherche. D'ailleurs, la transférabilité de cette étude s'est illustrée lors du changement de partenaire par IISF où parmi les 12 pistes d'action, six ont été retenues pour leur pertinence et application dans un autre contexte de MMCT. Enfin, un projet de recherche-action à un niveau plus macro, c'est-à-dire en impliquant des personnes de divers OCI, pourrait reprendre et adapter le cadre de cette étude doctorale afin d'analyser et améliorer leur pratique des dons de médicaments.

5.6 Retombées

Plusieurs retombées de cette étude peuvent être tirées sur les plans théorique, de la pratique professionnelle et de la recherche.

5.6.1 Sur le plan théorique

L'application des travaux sur le don (Godbout, 1995; 2007; 2013) aux dons de médicaments constitue à notre avis l'une des principales contributions théoriques de cette étude. En effet, ils apportent un éclairage nouveau et pertinent sur ce phénomène souvent

considéré que dans sa dimension matérielle. L'analyse transversale des résultats à partir de ce cadre de référence montre que les dons de médicament ne sont pas que matériel mais qu'ils ont aussi une dimension relationnelle importante. D'abord, les résultats montrent que les dons de médicaments, comme tout don, répondent aux trois grandes obligations de donner, de recevoir et de rendre (Mauss, 1924-1950). Ensuite, que les dons de médicaments ne circulent pas sur des trajectoires unidirectionnelles, mais s'inscrivent dans un cycle complexe et perpétuel. Aussi, les résultats illustrent comment les dons de médicaments sont un objet de lien social avec des rapports de confiance et de pouvoir.

Une seconde contribution théorique mise en lumière par cette étude doctorale découle du devis de RAE privilégié comme démarche scientifique pour améliorer une pratique professionnelle et organisationnelle d'un OCI. Les retombées de ce choix méthodologique méritent d'être soulignées. D'abord, l'articulation des approches participative et ethnographique a favorisé la co-construction d'un savoir collectif riche et adapté aux réalités des différents milieux impliqués. Ensuite, l'intégration d'une approche ethnographique, qui exige un temps substantiel, à un processus de recherche-action visant à utiliser les connaissances co-construites pour déterminer et effectuer un changement de pratique peut sembler ambitieuse. En effet, le temps nécessaire à l'approche ethnographique peut allonger de manière conséquente le temps requis pour mettre en œuvre les cycles de recherche-action. Toutefois, le devis de RAE apporte une sensibilité culturelle importante à la démarche de recherche et aux résultats. Elle valorise ainsi l'inclusion des acteurs-terrains dans les processus de changements qui les concernent.

5.6.2 Sur le plan de la pratique professionnelle

Plusieurs implications pour la pratique professionnelle peuvent être tirées de cette étude. En premier lieu, les retombées directes de cette RAE sont les six plans d'action développés par le comité de recherche et remis à IISF. Ceux-ci s'articulent autour de trois axes, soit la planification collaborative entre l'organisme et son partenaire, l'encadrement étroit des dons et la formation spécifique des coopérants à leur rôle de prescripteurs. Leur discussion souligne la complexité pour les acteurs à appliquer les Principes directeurs de l'OMS pour les dons de médicaments. Toutefois, l'une des contributions de la RAE est justement ici d'accompagner l'organisme dans la mise en œuvre des actions proposées. Comme

retombée attendue pour l'organisme, ces plans d'action seront ainsi révisés et bonifiés par IISF qui a déjà mandaté un comité interne afin de les mettre en œuvre auprès de leur nouveau partenaire au Bénin. Aussi, certains contenus découlant de cette thèse doctorale seront incorporés à de nouveaux ateliers de formation offerts aux coopérants de IISF. Ces ateliers porteront sur le rôle de prescripteurs, les modalités de prescription, les particularités locales et culturelles de prescription. En effet, les résultats en lien avec cette étape a semblé particulièrement pertinente pour l'organisme, car ils sont directement liés à l'expérience clinique des coopérants et parce que les administrateurs de IISF ont pris conscience des enjeux pour les coopérants et les patients lors de la prescription. Cette étude a donc contribué à augmenter les connaissances des chercheurs et des administrateurs de IISF sur les trajectoires empruntées par les dons et a favorisé des réflexions sur les enjeux mis en lumière par les résultats qui sont devenues des moteurs au changement de pratique.

De plus, cette étude permet d'illustrer qu'à plusieurs égards, les dons de médicaments sont une préoccupation pour les OCI, pour les coopérants et pour les bénéficiaires. Dans le même sens, l'étude a stimulé un partage des savoirs expérientiels entre les participants lesquels ont pris conscience, par exemple, de l'importance de la responsabilité professionnelle infirmière en lien avec l'acte de prescrire lors d'une MMCT. Les résultats peuvent servir à sensibiliser et encourager d'autres OCI à améliorer leur pratique des dons de médicaments afin qu'elle soit prudente, réfléchie et culturellement appropriée.

Certaines retombées vont au-delà de la production des connaissances, dont celles de permettre aux individus d'échanger sur leurs expériences de MMCT et de stimuler une prise de conscience sur leurs capacités à agir (Guillemette et Savoie-Zajc, 2012). En effet, les chercheurs ont exprimé à plusieurs reprises leur satisfaction et leur engouement à participer à un tel projet, qu'ils se sentaient acteurs et directement concernés par le processus de recherche. Ces propos illustrent la pertinence d'avoir privilégié une approche participative pour répondre à l'objectif de la recherche. Cette étude a ainsi contribué à la reconnaissance et à la valorisation du savoir et de l'expertise des acteurs-terrain au sein d'un comité impliqué à toutes les étapes du processus. De même, les chercheurs ont été initiés à la RAE comme démarche pour trouver des solutions efficaces et adaptées à leurs problèmes. L'expérience positive de IISF à la co-construction des savoirs a eu un effet

levier auprès du conseil d'administration pour améliorer leur pratique des dons dans une approche collaborative et de renforcement des capacités avec leur partenaire.

5.6.3 Sur le plan de la recherche

Cette étude apporte un enrichissement des connaissances sur les trajectoires des dons de médicaments, les perceptions des acteurs sur ces dons ainsi que sur le processus d'amélioration d'une pratique. Certains résultats ayant émergé de cette recherche sont novateurs. Parmi les plus considérables, notons la proposition que les dons de médicaments circulent sur des trajectoires multiples et complexes. Cette complexité s'illustre, dans ce contexte-ci, par l'identification de 12 étapes chacune avec des forces et des lacunes. La description en détail de ces étapes, dont certaines peu décrites dans les écrits consultés, contribuent à l'originalité de cette recherche. Par exemple, les étapes de l'encadrement des coopérants, la collecte des médicaments, la donation et la gestion locale sont apparues significatives dans l'expérience des coopérants avec les dons de médicaments. Bien que ces étapes soient spécifiques au contexte des MMCT de IISF au Sénégal, elles peuvent être transposables, du moins en partie, dans d'autres cadres similaires de MMCT. De plus, les nouvelles connaissances en lien avec les difficultés rencontrées par les coopérants, par exemple, lors des étapes de la prescription et de l'enseignement peuvent être utiles à d'autres OCI afin de mieux préparer leurs coopérants.

Également, l'exploration des perceptions apporte des nuances sur le sens de l'acte de donner des médicaments. En effet, les résultats illustrent que dans le contexte des MMCT de IISF au Sénégal, le don de médicaments n'est pas qu'un don matériel, mais est chargé de significations : donner pour répondre à un besoin, donner par générosité, donner par redevabilité et donner pour faciliter la prescription des coopérants. La pluralité des perceptions des participants sur les dons de médicaments pose ainsi une dimension humaine à ce phénomène dans le contexte singulier des MMCT.

Enfin, la combinaison des approches participative et ethnographique de cette démarche méthodologique s'est révélée être un atout original et judicieux pour saisir la complexité du phénomène des dons de médicaments lors des MMCT. La RAE apparaît ainsi comme un devis pouvant sensibiliser les OCI sur les enjeux de leurs pratiques et pouvant les aider à trouver des solutions efficaces et adaptées à la réalité du terrain.

5.7 Pistes de recherches futures

Dans une optique de poursuite des travaux réalisés, plusieurs pistes de recherches futures peuvent être envisagées.

En premier lieu, comme cette étude n'a pas évalué les impacts réels des dons de médicaments sur les bénéficiaires, il est essentiel que les recherches futures s'y intéressent de manière spécifique. En considérant le don de médicaments comme une intervention de santé, une recherche évaluative permettrait d'en évaluer les impacts. Par exemple, un tel devis pourrait répondre à plusieurs questions : Y a-t-il eu moins de rupture de stock à la pharmacie du Poste? Y a-t-il eu plus d'ordonnances et de médicaments achetés à la pharmacie du Poste? Quel a été le degré de fréquentation du Poste de santé lors des MMCT en comparaison à une période sans MMCT? Quelles ont été les retombées financières de la revente des dons de médicaments pour le Poste de santé? La fréquence de certaines maladies pour lesquelles des médicaments ont été remis en don a-t-elle diminué? L'accès aux médicaments a-t-il été plus facile pour les patients? Une telle étude s'appuierait sur une approche mixte comparative du milieu avec et sans dons de médicaments et utiliserait des techniques de collectes variées dont les questionnaires, les entretiens et l'observation *in situ*. Cette recherche documenterait dans quelles mesures les dons de médicaments lors d'une MMCT sont une intervention de santé efficace pour les bénéficiaires en évaluant les impacts économiques, thérapeutiques et symboliques.

En second lieu, les résultats de cette étude suggèrent que les dons de médicaments ne sont pas qu'une aide matérielle mais qu'ils s'inscrivent aussi dans une dynamique interactive entre tous les acteurs notamment sous forme de rapports de confiance et de pouvoir. Par exemple, lors de l'étape de la prescription, les dons de médicaments semblent devenir un objet de négociation entre les patients et les coopérants, un objet de confiance entre les coopérants et les prescripteurs locaux et un objet de méfiance entre les patients et les prescripteurs locaux. Une recherche future pourrait reprendre les 12 étapes des trajectoires ci-identifiées et les explorer en profondeur afin de décrire l'expérience sociale des acteurs pour chacune de ces étapes. Une approche ethnographique serait appropriée pour décrire et analyser, de la perspective des acteurs, leurs interactions. Il serait alors pertinent d'aborder les thèmes de l'expérience vécue des acteurs à chaque étape des trajectoires des MMCT (les interactions, les ressentis, les réflexions) ainsi que les situations de

confiance/méfiance/pouvoir qui se construisent et se déconstruisent pour chacun des acteurs. Ces résultats permettraient de mieux comprendre les enjeux des dons de médicaments lors des MMCT.

Dans le même sens, il serait novateur d'explorer les différentes formes de dons réalisées lors des MMCT afin de décrire les MMCT comme un système de don plus vaste. En effet, dans le cadre de cette étude, l'étudiante-chercheuse a observé que les dons réalisés dépassaient les dons « humanitaires » planifiés entre l'organisme et le partenaire lesquels sont sous formes d'argent, de matériel médical et scolaire et des médicaments. À ceux-ci s'ajoutent des dons informels et significatifs pour les coopérants et les bénéficiaires. Par exemple, le don de soi, la fête d'accueil, la fête d'au revoir, la remise de cadeaux, les activités culturelles locales, garder le contact après le départ. Ces thèmes, bien qu'observés et documentés, n'ont pu être approfondis dans le cadre de cette étude doctorale. Toutefois, ils appuient la pertinence d'analyser les MMCT en tant que système global, où chaque forme de don contribue à la dynamique d'un cycle plus vaste. Une recherche qualitative exploratoire serait ici appropriée pour saisir ce phénomène dans sa globalité. À partir d'entretiens semi-dirigés auprès des différents acteurs et d'observation participante lors de MMCT, une telle étude permettrait de décrire les différentes formes de don, leurs interactions dans le cycle du don et leurs significations pour les acteurs. Ces connaissances seraient utiles pour guider les prises de décision concernant l'amélioration de la pratique des MMCT en tant que système dynamique complexe et interactif.

CONCLUSION

Cette étude réalisée au Québec et au Sénégal visait l'amélioration de la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire. Pour y parvenir, six plans d'action en lien avec la planification collaborative des dons, leur encadrement étroit et la formation spécifique des coopérants à la prescription ont été élaborés et remis par le comité de recherche à l'organisme. Cette étude a répondu à trois objectifs de recherche.

Le premier objectif était de « Décrire les trajectoires des dons de médicaments avant, pendant et après des MMCT de IISF au Sénégal. ». Pour y répondre, une variété de techniques de collecte de données, notamment *in situ* lors de quatre terrains de recherche, ont été appliquées. Par cette diversification des méthodes et des sources, différentes trajectoires empruntées par les dons de médicaments de IISF ont été décrites. Un processus d'analyse thématique a mené à la proposition d'une trajectoire en 12 étapes communes à toutes les MMCT de IISF. Pour chaque étape, les forces et les lacunes ont été analysées et synthétisées pour servir de matériau à réflexion au développement des pistes d'action par le comité de recherche. Les résultats obtenus suggèrent que l'application des Principes directeurs de l'OMS (WHO, 2011) est une démarche complexe pour IISF et son partenaire et que ces standards ne sont pas suffisamment adaptés au contexte singulier des MMCT. Aussi, il s'est dégagé des résultats que les trajectoires ne sont pas linéaires et que les dons de médicaments ne sont pas exclusivement matériels, mais qu'ils comportent aussi une dimension humaine interactive. Celle-ci semble s'inscrire dans un cycle du don avec des rapports de confiance et de pouvoir entre les acteurs. L'originalité de cette recherche repose entre autres sur l'utilisation du devis de la RAE afin d'ancrer les multiples trajectoires des dons de médicaments dans leurs contextes culturels respectifs et d'établir des liens entre les forces, les lacunes, les standards de pratique, le cycle du don et les pistes d'amélioration proposées par les participants à partir de leur expérience vécue.

Le second objectif était d'« Explorer les perceptions des administrateurs de IISF, des coopérants et des bénéficiaires sur les dons de médicaments remis lors des MMCT de IISF au Sénégal. ». Afin de favoriser la pluralité des perspectives, la conduite de la recherche a misé sur des entretiens semi-dirigés individuels et des groupes de discussion auprès de chacun des groupes de participants. Il s'est dégagé de l'analyse différents thèmes

contextualisant les dons de médicaments dans l'expérience de MMCT des participants. Ces thèmes ont été synthétisés afin d'offrir au comité de recherche une lecture pratique et complémentaire aux éléments de réponse en lien avec les trajectoires. Les résultats ont mis en évidence que les perceptions des participants sur les dons de médicaments sont plurielles, certaines distinctes et d'autres communément partagées par les différents groupes. Ainsi, l'acte de donner des médicaments est perçu comme chargé de sens (pour donner, par altruisme, par redevabilité et pour faciliter la prescription des coopérants). De plus, certaines étapes, par exemple la donation, sont considérées significatives à l'expérience des coopérants. Enfin, les participants ont perçu que les dons de médicaments peuvent engendrer des conséquences à la fois bénéfiques et nuisibles pour les bénéficiaires. L'ensemble de ces résultats démontre que les dons de médicaments en contexte de MMCT ne sont pas que matériels et qu'ils s'inscrivent dans un système plus vaste avec une valeur de lien symboliquement forte à la fois pour les donateurs et pour les bénéficiaires. La réponse à ce deuxième objectif de recherche a également servi de matériau de réflexion au comité de recherche. Le caractère innovant de cette approche est d'avoir traité distinctement les deux premières questions puis de les avoir analysées de manière transversale pour obtenir un regard intégrateur sur les dons de médicaments afin de co-construire des actions adaptées aux différentes réalités de terrain.

Le troisième et dernier objectif était de « Co-déterminer des pistes d'action pour améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF et son partenaire. ». La réponse à cet objectif résulte de trois étapes de réflexion/co-construction. D'abord, le processus de recherche pour les deux premiers objectifs a établi une liste de 42 propositions d'amélioration. Ensuite, le processus de co-construction par le comité de recherche a affiné cette liste et a proposé 12 pistes d'amélioration. Puis, lors du processus de planification des actions entre le comité de recherche et IISF, six pistes d'amélioration ont été priorisées et retenues. Celles-ci s'articulent autour de trois axes : la planification collaborative des dons de médicaments, leur encadrement étroit et la formation spécifique des coopérants à leur rôle de prescripteurs. Des plans d'action ont été rédigés et remis à IISF.

Globalement, les résultats encouragent la collaboration et la communication entre les OCI et leurs partenaires afin de convenir d'un agenda pour que les dons de médicaments

répondent d'abord aux besoins de la structure d'accueil tout en étant adapté aux contraintes des coopérants. Aussi, les résultats révèlent la préoccupation des OCI et des bénéficiaires dans le manque d'encadrement de ces dons. De plus, leur complexité dans le contexte particulier des MMCT s'est notamment illustrée par l'identification des besoins spécifiques de formation au rôle de prescripteurs des coopérants. Enfin, les démarches de co-construction d'actions ont amené les chercheurs à se situer dans une position d'acteurs-terrain engagés. Le processus de RAE a contribué à leur compréhension de leur propre réalité et à des prises de conscience sur les enjeux de leur pratique.

On estime que cette démarche de RAE a atteint les trois objectifs de cette étude. Les connaissances co-construites tout au long de ce processus ont été utilisées pour la planification des actions à mettre en œuvre par IISF afin d'améliorer sa pratique des dons de médicaments. Cette étude a démontré la pertinence de recourir à la RAE comme démarche méthodologique menant à la production de connaissances et à l'enrichissement du savoir scientifique. En effet, la RAE se distingue par son approche souple, ancrée sur le terrain et centrée sur l'être humain. Les plans d'action proposés ont ainsi pu bénéficier de l'expertise et du savoir des acteurs-terrain impliqués dans le comité de recherche. Aussi, cette étude montre l'importance et les bénéfices d'inclure tous les acteurs dans la recherche de solutions afin qu'elles soient adaptées aux milieux. Ce savoir expérientiel étant complémentaire au savoir académique, un tel devis de recherche contribue à la démocratisation des connaissances et à la valorisation du savoir collectif. Pour terminer, cette étude a montré la démarche d'amélioration d'une OCI québécoise de sa pratique des dons de médicaments. Le processus de RAE dégage un savoir nouveau, spécifique et riche, provenant de perspectives variées, sur les dons de médicaments en contexte de MMCT. Ces nouvelles connaissances ancrent les dons de médicament dans une expérience humaine, médicale et humanitaire de don. Des recherches ethnographiques futures permettraient de mieux comprendre comment les MMCT s'inscrivent elles-mêmes dans un système plus vaste de don.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abu-Sada, C. (2012). *In the Eyes of Others*. États-Unis: Doctors Without Borders/Médecins Sans Frontières (MSF), Humanitarian Outcomes et NYU Center on International cooperation.
- Agier M (2010) Un dimanche à Kissidougou: L'humanitaire et l'Afrique du postcolonial au global. *Cahiers d'études africaines*, 198-199-200(2): 981-1001.
- Alenda-Demoutiez J (2017) Les mutuelles de santé au Sénégal face aux difficultés de coordination de leurs acteurs. *Revue internationale de l'économie sociale: recma* (345): 69-83.
- Allen D (2004) Ethnomethodological Insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. *Nursing Inquiry* 11(1): 14-24.
- Aluri J, Moran D, Kironji AG et al (2018) The ethical experiences of trainees on short-term international trips: a systematic qualitative synthesis. *BMC Med Educ* 18(324).
- Anádon M (2006) La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives* 26(1): 5-31.
- Anderson FW, Wansom T (2009) Beyond medical tourism: authentic engagement in global health. *Virtual Mentor* 11(7): 506.
- Andrea Vicini SJ (2019) Social Justice and the Promotion of the Common Good in Medical Missions to Low-Resourced Countries. *Annals of Global Health*, 85(1).
- Appleton JV, King L (2002) Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research. *Journal of advanced nursing* 40(6): 641-648.
- Arribe, B. (2013). Le don: une catastrophe «humanitaire». *Cooperation Concept*. Consulté sur : <http://cooperation-concept.net/tous-les-articles/concept/le-don-une-catastrophe-humanitaire/> (6 janvier 2020)
- Association des professionnels en philanthropie (AFP). (2015). *Charte des droits du donateur*. Consulté sur : <https://www.afpquebec.ca/fr/a-propos/charte-des-droits-du-donateur/> (6 janvier 2020)
- Association québécoise des organismes de coopération internationale (AQOCI). 2020. *Membres*. Consulté sur : <https://aqoci.qc.ca/membres/> (15 septembre 2020)
- Assogba Y (1991) Les ONG et le développement en Afrique ou la face cachée de la lune. *Nouvelles pratiques sociales*, 4 (1): 39-49.
- Atlani-Duault, L. (2012). L'anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Histoire, enjeux contemporains et perspectives. Dans L. Atlani-Duault et L.Vidal. *Athropologie de l'aide humanitaire et du développement*. Paris : Armand Collin, 17-40.
- Aubé, R., Brûlé, M., Faye, M., et al. (2015). La gestion des dons de médicament lors d'un stage en sciences infirmières au Sénégal : comment éviter le « généreux » fardeau?

- Dans M. Badji et A. Desclaux (Dir.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*. Dakar: L'Harmattan-Sénégal, 215-230.
- Audet, F. (2016). *Comprendre les organisations humanitaires*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Audet, F. (2014). Chapitre 16 : L'ordre et le désordre humanitaire. Dans P. Beaudet et P. Haslam. (Dir.). *Enjeux et défis du développement international*. Ottawa: University of Ottawa Press, 315-332.
- Autier, P., Govindaraj, R., Gray, R. et al. (2002). *Drug Donations in Post-Emergency Situations*. Consulté sur : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13673> (6 janvier 2020)
- Avis, M. (2005). Is there an epistemology for qualitative research? Dans I. Holloway (Ed.). *Qualitative Research in Health Sciences*. Londres: Open University Press, 168-190.
- Baribeau C avec la collaboration de German M (2010) L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches Qualitatives*, 29(1): 28-49.
- Baxerre, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Beaud, S. et Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain (4^e éd.)*. Paris: La Découverte.
- Beaudet, P. (2008). *Qui aide qui? Une brève histoire de la solidarité internationale au Québec*. Montréal : Boréal.
- Benoist, J. (2008). Aspirine ou hostie? Au-delà de l'efficacité symbolique. Dans J-J. Aulas, J. Benoist, P. Maire et al. (Dir.), *Placebo, le remède des remèdes*. Lyon: Édition Jacques André, 191-202.
- Berger, P. et Luckmann, T. (2012). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Armand Colin Éditeur.
- Bero L, Carson B, Moller H et al (2010) To give is better than to receive: compliance with WHO guidelines for drug donations during 2000–2008. *Bull World Health Organ*, 88: 922–929.
- Berry, NS (2014) Did we do good? NGOs, conflicts of interest and the evaluation of short-term medical missions in Solola, Guatemala. *Soc Sci Med*, 120: 344-351.
- Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Brenner, S. (2015). Les missions internationales médicales bénévoles à court terme sont efficaces. Dans V. Ridde et F. Ouattara, *30 idées reçues en santé mondiale*. Rennes: Presses de l'EHESP, « Hors collection », 15-20.
- Briggs J, Embrey M, Maliqi B et al (2018) How to assure access of essential RMNCH medicines by looking at policy and systems factors: an analysis of countdown to 2015 countries. *BMC health services research*, 18(1): 952.

- Brown DA, Ferrill MJ (2012) Planning a Pharmacy-Led Medical Mission Trip, Part I: Focus on Medication Acquisition. *Annals of Pharmacotherapy*, 46(5): 751-759.
- Brydon-Miller M, Greenwood D, McGuire P (2003) Why Action Research? *Action Research*, 1(1): 9-28.
- Buchman S (2007, November) Finding Hope in Zimbabwe. *Canadian Family Physician*, 53: 1971-1973.
- Caldron PH, Impens A, Pavlova M et al (2015) A systematic review of social, economic and diplomatic aspects of short-term medical missions. *BMC health services research*, 15(1): 380.
- Caldron PH, Impens A, Pavlova M et al (2016) Demographic profile of physician participants in short-term medical missions. *BMC health services research*, 16(1): 682.
- Cañigueral-Vila N, Chen JC, Frenkel-Rorden L, et al (2015) Improvements for international medicine donations: a review of the World Health Organization Guidelines for Medicine Donations, 3rd edition. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 8(28): 1-5.
- Caouette M (2012) Les recherches participatives: quelques enjeux pour les doctorants. *Recherches Qualitatives, Hors Séries* (13): 1-4.
- Carnavale FA, Vissandjée B, Nyland A et al (2009) Ethical Considerations in Cross-Linguistic Nursing. *Nursing Ethics*, 16(6): 813-826.
- Casey D, Murphy K (2009) Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse researcher*, 16(4).
- Chapin E, Doocy S (2010) International short-term medical service trips: guidelines from the literature and perspectives from the field. *World Health Popul*, 12(2): 43-53.
- Chastang S (2008) Toutes les manières de rater un don humanitaire. *Revue du MAUSS*, 1(31): 318-347.
- Cheng MY, Rodriguez E (2019) Short-Term Medical Relief Trips to Help Vulnerable Populations in Latin America. Bringing Clarity to the Scene. *International journal of environmental research and public health*, 16(5): 745.
- Chiu YW, Weng YH, Chen CF et al (2014) Perceptions and efficiency of short-term medical aid missions among key groups of health professionals. *Evaluation et the health professions*, 37(3): 379-393.
- Clark MJ (2012) Cross-cultural research: Challenge and competence. *International Journal of Nursing Practice*, 18 (suppl. 2): 28-37.
- Cléret B (2013) L'ethnographie comme démarche compréhensive : immersion dans les dynamiques consommatoires du rap en France. *Recherches Qualitatives*, 32(2): 50-77.
- Coghlan, D. et Brannick, T. (2014). *Doing action research in your own organization* (4th ed.). Londres: SAGE Publications.

- Comité international de la Croix-Rouge (CICR). (2008). *Lignes directrice pour l'évaluation dans les situations d'urgence*. Genève : Auteur.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Canada: Auteurs.
- Coussy J (2006) Etats africains, programmes d'ajustement et consensus de Washington. *L'Économie politique*, 32(4): 29-40.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry et Research Design. Choosing among five approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Crump JA, Sugarman J (2008) Ethical considerations for short-term experiences by trainees in global health. *Jama*, 300(12): 1456-1458.
- Crump JA, Sugarman J, WEIGHT (2010) Ethics and Best Practice Guidelines for Training Experiences in Global Health. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 83(6): 1178–1182.
- Currie R, Pust R (2006) Pragmatic principles of pharmaceutical donation. *American Medical Association Journal of Ethics*, 8(12): 801-807.
- Dainton C, Gorman C, Cherniak W, et al (2020) Reliability of the Service Trip Audit Tool to assess the quality of short-term medical missions. *International health, ihaa006*, Advance online publication.
- Dainton C, Chu CH (2020) A qualitative narrative review of protocols for women's health on short-term medical missions in Latin America and the Caribbean. *International health, ihz109*, Advance online publication.
- Dainton C, Chu CH, Lin H et al (2016) Clinical guidelines for Western clinicians engaged in primary care medical service trips in Latin America and the Caribbean: an integrative literature review. *Tropical Medicine and International Health*, 21(4): 470-478.
- Néné, M. et Look, P. (2006). Rapport Analytique santé et pauvreté : Sénégal. Département du développement humain, région Afrique, Banque Mondiale. Consulté sur <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/2006/06/7123287/rapport-analytique-sante-pauvrete-senegal> (6 janvier 2020)
- DeCamp M (2007) Scrutinizing global short-term medical outreach. *Hastings Cent Rep*, 37(6): 21-23.
- DeCamp M (2011) Ethical review of global short-term medical volunteerism. *HEC forum*, 23(2): 91-103.
- DeCamp M, Enumah S, O'Neill D et al (2014) Perceptions of a short-term medical programme in the Dominican Republic: voices of care recipients. *Glob Public Health*, 9(4): 411-425.
- Desclaux, A. et Egrot, M. (2015). Introduction. Le médicament diffuse au Sud. Contextes, formes culturelles et effets sociaux observés depuis les marges. Dans A. Desclaux

- et M. Egrot (Dir.), *Anthropologie du médicament au Sud*. Paris: L'Harmattan, 11-44.
- Desclaux A, Lévy JJ (2003) Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? *Anthropologie et Sociétés*, 27(2): 5-21.
- Deslauriers, JP. et M. Kérisit. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, L-H Groulx, J-P Deslauriers et al. (Dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 85-112.
- Djojodibroto, JA. (2011). *An analysis of WHO Guidelines for Drug Donations for Better Donation Practice in Emergency Situations*. Mémoire maîtrise, University of Leeds, Royaume-Uni.
- Dolbec, A. et Prud'homme, L. (2009). La recherche-action. Dans B.Gauthier (Dir.), *Recherche sociale-de la problématique à la collecte des données* (5e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec, 531-569.
- Draper J (2015) Ethnography: principles, practices and potential. *Nursing Standard*, 29(36): 36-41.
- Egrot, M. (2015). Donner des médicaments: L'esprit du don en marge des logiques de soins. Dans A. Desclaux et M. Egrot (Dir.), *Anthropologie du médicament au Sud*. Paris: L'Harmattan, 63-77.
- Elit L, Hunt M, Redwood-Cambell L et al (2011) Ethical issues encountered by medical students during international health electives. *Medical Education*, 45: 704-711.
- Escobar A (1999) The invention of development. *Current History*, 98(631): 382-386.
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société*. Paris: Presses universitaires de France.
- Flanagan D, Mahler H, et Cohen S. (s.d.). *Comment conduire des pré-tests efficaces?* Consulté sur <http://www.fsnnetwork.org/comment-conduire-des-pr%C3%A9-tests-efficaces> (6 janvier 2020)
- Fouquet, T. (2016). L'humanitaire à l'épreuve des mobilisations citoyennes. Dans T. Fouquet (Dir.) *Transition humanitaire au Sénégal*. Paris: Karthala, 107-118.
- Garnier, C. (2003). La chaîne du médicament: construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative. Dans J.J. Lévy et al., (dir.), *Enjeux sociaux de la santé*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 215-228.
- Godbout, JT. en collaboration avec A. Caillé. (1995). *L'Esprit du don* (2^e éd.). Paris: La Découverte.
- Godbout, JT. (2007). *Ce qui circule entre nous. Donner, recevoir, rendre*. Paris: Seuil.
- Godbout, JT. (2013). Bénévolat en soins palliatifs et esprit du don. Dans A. Sévigny, M. Champagne et M. Guirguis-Younger (Dir.), *Le bénévolat en soins palliatifs ou l'art d'accompagner*. Québec: Presses de l'Université Laval, 15-27.
- Gorske, A. (2009). *Why patients are at much greater risk of serious harm from drugs in short-term missions*. The Center for the Study of Health in Missions. Consulté sur

<https://www.bpghm.org/wp-content/uploads/2017/07/HarmFromDrugsinSTM.pdf>
(6 janvier 2020)

- Gouvernement du Québec. (2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Québec : Éditeur officiel.
- Gouvernement du Québec. (2016). *Chapitre C-26. Code des professions*. Québec: Éditeur officiel.
- Gouvernement du Québec. (2020). *Chapitre I-8. Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Québec: Éditeur officiel.
- Green T, Green H, Scandlyn J et al (2009) Perceptions of short-term medical volunteer work: a qualitative study in Guatemala. *Global Health*, 5(4).
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Dir.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 105-117.
- Guillemette S, Savoie-Zajc L (2012) La recherche-action et ses rapports de coconstruction de savoirs et de formation dans une perspective de professionnalisation entre acteurs praticiens et chercheurs. *Formation et profession*, 20(3): 41-52.
- Hammersley, M. et Atkinson, P. (2007). *Ethnography. Principles in practice*. Londres et New York: Routledge.
- Harrison JD, Logar T, Le P et al (2016) What Are the Ethical Issues Facing Global-Health Trainees Working Overseas? A Multi-Professional Qualitative Study. *Healthcare* 4(3):43.
- Hawkins J (2013) Potential Pitfalls of Short-Term Medical Missions. *J Christ Nurs Online Extra*, E1-E6.
- Houegbé C (2002) Donner pour dominer? *Sud/Nord*, 2 (17): 19-38.
- Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF). (2019). Charte de l'organisme de bienfaisance IISF pour tous ses membres. Consulté sur www.iisf.ca (10 mars 2020)
- Iseron, KV. (2014). *The global healthcare volunteer's handbook: What you need to know before you go*. Tucson: Galen Press.
- Jesus JE (2010) Ethical Challenges and Considerations of Short-Term International Medical Initiatives: An Excursion to Ghana as a Case Study. *Annals of Emergency Medicine*, 55(1): 17-22.
- Kalbarczyk K, Nagourney E, Martin N et al (2019) Are you ready? A systematic review of pre-departure resources for global health electives. *BMC medical education*, 19(1): 71-78.
- Laleman G, Kegels G, Marchal B et al (2007) The contribution of international health volunteers to the health workforce in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*, 5(1): 19.

- Langowski MK, Iltis AS (2011) Global health needs and the short-term medical volunteer: ethical considerations. *HEC Forum*, 23(2): 71-78.
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Dir), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données (5^e éd.)*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 311-336.
- Laplante, J. (2004). *Pouvoir guérir*. Saint-Nicolas: Presses de l'Université Laval.
- Lasker JN, Aldrink M, Balasubramaniam R et al (2018). Guidelines for responsible short-term global health activities: developing common principles. *Globalization and health*, 14(1): 18.
- Le Coconnier, M. L. et Pommier, B. (2009). *L'action humanitaire: Que sais-je n° 3403*. Paris : Presses universitaires de France.
- Leclerc C, Bourassa B, Picard F et al. (2011) Du groupe focalisé à la recherche collaborative : avantages, défis et stratégies. *Recherches Qualitatives*, 29(3): 145-167.
- Le Projet Sphère. (2015). *La Charte humanitaire et les standards minimum de l'intervention humanitaire, 3^{ed}*. Genève: Auteur.
- Le Projet Sphère. (2011). *La Charte humanitaire et les standards minimum de l'intervention humanitaire 2^{ed}*. Genève: Auteur.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondements et pratiques, 2^e éd*. Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- Lévy, JJ., Laplante, J. et Blanc, M-É. (2007). Chapitre 2 : La chaîne du médicament. Dans J. Lévis et C. Garnier (Dir.) *La chaîne des médicaments*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 85-121.
- Lough BJ, Tiessen R, Lasker JN (2018) Effective practices of international volunteering for health: perspectives from partner organizations. *Globalization and health*, 14(1): 11.
- Mcdonald SM (2012) Perception: a concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(1): 1-9.
- Maki J, Qualls M, White B et al (2008) Health impact assessment and short-term medical missions: A methods study to evaluate quality of care. *BMC Health Services Research*, 8(121): 1-8.
- Mariacher GG, Mtasiwa D, Wiedenmayer K et al (2008) Optimizing in-kind drug donations for Tanzania – a case study. *Int J Health Plann Mgmt*, 23: 313–344.
- Martineau S (2005) L'observation en situation: enjeux, possibilités et limites. *Recherches Qualitatives*, Hors Série, 2: 1-17.
- Martiniuk AL, Manouchehrian M, Negin JA et al (2012) Brain Gains: a literature review of medical missions to low and middle-income countries. *BMC Health Serv Res*, 12 : 134.

- Massé R (2008). La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique. *Revue internationale sur le médicament*, 2: 15-49.
- Mattei JF (2005) L'urgence humanitaire, et après? *Économie et humanisme*, 375: 84.
- Mauss, M. (1924-1950). *Sociologie et anthropologie*. Paris: Quadrige / Presses Universitaires de France.
- Mayer, R. et Ouellet, F. (2000). La recherche dite « alternative ». Dans R. Mayer, F. Ouellet, M-C. St-Jacques et al. (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville: Gaëtan Morin, 287-304.
- McCurry V, Aldulaimi S (2018) Practical Considerations of Caring for Patients Abroad During Short-term Medical Trips. *American family physician*, 98(11): 673-675.
- Médecins du Monde. (2013). *Travailler avec les communautés*. France : Auteurs.
- Médecins Sans Frontières (MSF). (2016). *Guide clinique et thérapeutique. Édition 2016*. France : Auteur.
- Melby MK, Loh LC, Evert J et al (2016) Beyond Medical “Missions” to Impact-Driven Short-Term Experiences in Global Health (STEGHs): Ethical Principles to Optimize Community Benefit and Learner Experience. *Academic Medicine*, 91(5): 633-638.
- Merriam, S.B. (2002). Assessing and Evaluating Qualitative Research. Dans S.B. Merriam (Dir.), *Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis*. San Francisco: Jossey Bass, 18-33.
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal et Organisation mondiale de la Santé (MSAS et OMS). (2003). *Évaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal*. Consulté sur <https://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js16430f/> (10 mars 2020)
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal et Organisation mondiale de la Santé (MSAS et OMS). (2013). *Liste nationale des médicaments et produits essentiels du Sénégal. Révision de 2013*. Consulté sur <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js20181fr/> (10 mars 2020)
- Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène publique du Sénégal (MSPHP). (2009). *Arrêté ministériel n° 7137 MSPHP-DPL fixant les conditions d'importation, de gestion et d'utilisation des dons de médicaments au Sénégal*. Consulté sur <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article7763> (10 mars 2020)
- Mishra K, Jessel S, Lurie J et al (2019) Academic Medical Missions—Reaching Those in Greatest Need? *Annals of global health*, 85(1).
- Mission Économique - Ambassade de France au Sénégal. (2008). *Le secteur pharmaceutique au Sénégal*. Dakar: Auteur.
- Morales D, Clay W, Khamishon R et al (2019). Bridging the Gap: Including Patient Voices in Short-Term Medical Mission Evaluations. *Annals of Global Health*, 85(1).
- Morrisette J (2011) Ouvrir la boîte noire de l'entretien de groupe. *Recherches Qualitatives*, 29(3): 7-32.

- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin/Masson.
- Nouvet E (2016) Extra-ordinary aid and its shadows: The work of gratitude in Nicaraguan humanitarian healthcare. *Critique of Anthropology*, 36(3): 244-263.
- Nouvet E, Chan E, Schwartz L (2018) Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua. *Global public health*, 13(4): 456-472.
- O'Handley H, Erlinger A (2019) Recommendations for planning short-term nursing student mission trips. *Journal of Professional Nursing*, 35: 329-334.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2015). *Prescription infirmière*. Québec: Auteur.
- Olenick P, Edwards JE (2016) Factors to Consider When Planning Short-Term Global Health Work. *Nursing for Women's Health*, 203-209.
- Olivier de Sardan JP (2011) Aide humanitaire ou aide au développement? La « famine » de 2005 au Niger. *Ethnologie française*, 41(3): 415-429.
- Olivier de Sardan, JP. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve: Academia Bruylant.
- Olivier de Sardan JP (2001) Les trois approches en anthropologie du développement. *Tiers-Monde*, 42 (168): 729-754.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). *Usage rationnel des médicaments*. Consulté sur http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/fr/ (10 février 2017)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). *Rapport sur la santé dans le monde 2013*. Consulté sur : <http://www.who.int/whr/2013/report/fr/> (10 octobre 2015)
- Organisation mondiale de la Santé Afrique (OMS). (2009). *Profil pharmaceutique du pays Sénégal*. (s.l.): auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Formation en Gestion de Stock de Médicaments des Prestataires de Soins et Responsables de Structures Sanitaires. Guide du stagiaire Sénégal*. Genève: Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1999). *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments-Révision 1999 (2^e éd.)*. Genève: Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1996). *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments (1^{ère} éd.)*. Genève: Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1946) *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. (s.l.): Documents fondamentaux, supplément 2006.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (2^e éd.)*. Paris: Armand Colin.
- Papinot, C. (2014). *La relation d'enquête comme relation sociale. Épistémologie de la démarche de recherche ethnographique*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

- Pellat G (2003) Ethnography and reflexivity: emotions and feelings in fieldwork. *Nurse Researcher*, 10(3), 28-37.
- Phaneuf M (2013) *La prévention - une nécessité professionnelle en soins infirmiers*. Consulté sur <http://www.prendresoain.org/?p=2829> (28 septembre 2020)
- Pires, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, L-H Groulx, J-P Deslauriers et al. (Dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 113-172.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, L-H Groulx, J-P Deslauriers et al. (Dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 173-210.
- Programme des nations unies pour le développement (PNUD). (2020). *Objectif 17: Partenariats pour la réalisation des objectifs*. Consulté sur : <https://www.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals/goal-17-partnerships-for-the-goals.html> (18 septembre 2020)
- Programme des nations unies pour le développement (PNUD). (2019). Rapport sur le développement humain 2019. New York : Auteur.
- Programme des nations unies pour le développement (PNUD). (2009). *Développement des capacités : Un guide du PNUD*. New York : Auteur.
- Popplewell R, Hayman R (2012) Where, how and why are action research approaches used by international development non-governmental organisations. *Briefing Paper*, 32.
- Prentice, R. (2010). Ethnographic Approaches to Health and Development Research: the contributions of Anthropology. Dans I. Bourgeault, R. Dingwall et R. de Vries (Eds.). *SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*. Londres: SAGE Publications, 157-173.
- Prescott GM, Patzke CL, Brody Jr et al (2018) Comparison of prescribing patterns between United States and Dominican Republic prescribers on short-term medical mission trips. *International health*, 10(1): 27-32.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). (2019). *Rapport sur le développement humain 2019*. New-York: Auteur.
- Reason, P. et Bradbury, H. (2008). Introduction. Dans P. Reason et H. Bradbury (Dir.). *The SAGE Handbook of Action Research Participative Inquiry and Practice (2nd ed)*. Londres: SAGE Publications, 1-10.
- Reymond P, Margot J, Margot A et al (2007) *Les limites de l'aide humanitaire* (No. SHS-STUDENT-2008-161).
- Ridde V, Cappelle F (2011) Les défis des partenariats Nord-Sud. *Rev can santé publique*, 102(2):152-56.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client*. Toronto: Auteur.

- Roberts M (2006) Duffle bag medicine. *Jama*, 295(13): 1491-1492.
- Roche SD, Ketheeswaran P, Wirtz VJ (2017) International short-term medical missions: a systematic review of recommended practices. *Int J Public Health*, 62: 31-42.
- Rovers J, Japs K, Truong E (2016) Motivations, barriers and ethical understandings of healthcare student volunteers on a medical service trip: a mixed methods study. *BMC Medical Education*, 16(94): 1-12.
- Rowthorn V, Loh L, Evert J et al (2019) Not Above the Law: A Legal and Ethical Analysis of Short-Term Experiences in Global Health. *Annals of Global Health*, 85(1): 1-12.
- Rozier MD, Lasker JN, Compton B (2017) Short-term volunteer health trips: aligning host community preferences and organizer practices. *Global health action*, 10(1), 1-19.
- Saillant F (2007) Présentation: une anthropologie critique de l'humanitaire. *Anthropologie et sociétés*, 31(2): 7-23.
- Salam Fall, A. (2016). Le tissu humanitaire sénégalais en mouvement. Dans T. Fouquet (Dir.) *Transition humanitaire au Sénégal*. Paris: Karthala, 15-31.
- Savoie-Zajc, L. (2001). La recherche-action en éducation. Dans M. Anadon et M. L'Hostie (Dir.), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation*. Saint-Nicolas: Presses de l'Université Laval, 37-41.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T.Karsenti et L.Savoie-Zajc (Dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (3^{ème} éd.). Sherbrooke: Éditions du CRP, 142-148.
- Savoie-Zajc L (2007) Comment peut-on construire un échantillon scientifiquement valide? *Recherche Qualitative (hors-série)*,5: 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Dir), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données* (5^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec, 337-360.
- Schober M (2007) Nurse practitioners provide care in El Salvador. *J Am Acad Nurse Pract*, 11(2): 51-55.
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist Interpretativist Approaches to Human Inquiry. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Dir.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 118-137.
- Scopelliti EM, Kim J, Falter R (2014) The impact of a short-term medical mission trip: Evaluation of pharmacy interventions and perceived clinical competence in an interprofessional setting. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 6: 353-358.
- Seager G, Seager C, Tazelaar G (2010) The perils and promise of short-term healthcare missions. *J Christ Nurs*, 27(3): 262-266.
- Solheim J (2007) Planning a Successful Mission Trip: The Ins and Outs. *Journal of Emergency Nursing*, 33(4): 382-387.

- Steinke MK, Riner ME, Shieh C (2015) The Impact of Cultural Competence Education on Short-Term Medical Mission Groups: A Pilot Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(4): 428-435.
- Stone GS, Olson KR (2016) The Ethics of Medical Volunteerism. *Med Clin N Am*, 100: 237-246.
- Stringer, ET. (2014). *Action research (4th ed.)*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Suárez-Herrera J, White D, Battaglini A (2013) La recherche participative en CSSS-CAU: le cas du partenariat ARIMA comme réseau innovateur de traduction des savoirs. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2): 73-88.
- Suchdev P, Ahrens K, Click E et al (2007) A model for sustainable short-term international medical trips. *Ambul Pediatr*, 7(4): 317-320.
- Sykes KJ (2014) Short-term medical service trips: a systematic review of the evidence. *Am J Public Health*, 104(7): e38-48.
- Tacchi, J. (2015). Ethnographic action research: Media, information and communicative ecologies for development initiatives. Dans H. Bradbury (ed.). *Handbook of Action Research (3rd ed.)*. Londres: SAGE Publications, 220-229.
- Tacchi J, Foth M, Hearn G (2009) Action Research Practices and Media for Development. *International Journal of Education and Development Using Information and Communication Technology*, 5(2): 1-19.
- Tacchi, J., Slater, D. et Hearn, G. (2003). *Ethnographic Action Research*. New Delhi: UNESCO.
- Tazelaar G (2011) Challenges and trends in global healthcare missions. *J Christ Nurs*, 28(3): 152-157.
- Van Der Geest S, White SR (2003) Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments. *Anthropologie et Sociétés*, 27(2): 97-117.
- Van Dijk DP, Dinant GJ, Jacobs JA (2011) Inappropriate Drug Donations: What has Happened Since the 1999 WHO Guidelines? *Education for health*, 24(2): 1-12.
- Vissandjée B, Dupéré S (2000) La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 32(1): 99-113.
- Wall A (2011) The context of ethical problems in medical volunteer work. *HEC Forum*, 23(2): 79-90.
- Watzak B, Engelhard JA, Bentley R et al (2015) Assessment of ethics and values during an interprofessional, international service learning experience. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 7(4): 526-535.
- Weng YH, Chiou HY, Tu CC et al (2015) Survey of patient perceptions towards short-term mobile medical aid for those living in a medically underserved area of Swaziland. *BMC Health Services Research*, 15(524):1-8.

- Wills, JW. (2007). *Foundations of Qualitative Research*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Wilson JW, Merry SP, Franz WB (2012) Rules of engagement: the principles of underserved global health volunteerism. *Am J Med*, 125(6): 612-617.
- Winter, R. et Munn-Giddings C. (2001). *A Handbook of Action Research in Health and Social Care*. Abingdon: Routledge.
- World Health Organization (WHO) (2000). First-year experiences with the Interagency Guidelines for Drug Donations. Genève: Auteur.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Guidelines for medicine donations – revised 2010*. Genève: Auteur.
- World Health Organization (WHO). (2016). *WHO Essential Medicines and Health Products Annual Report 2015*. Genève: Auteur.
- Zink TM (2012, November) Unanticipated Souvenirs and Unintended Consequences: What Happens after the Medical Missionaries Leave? *Minnesota Medicine*, 28-29.

ANNEXES

ClicCours.com

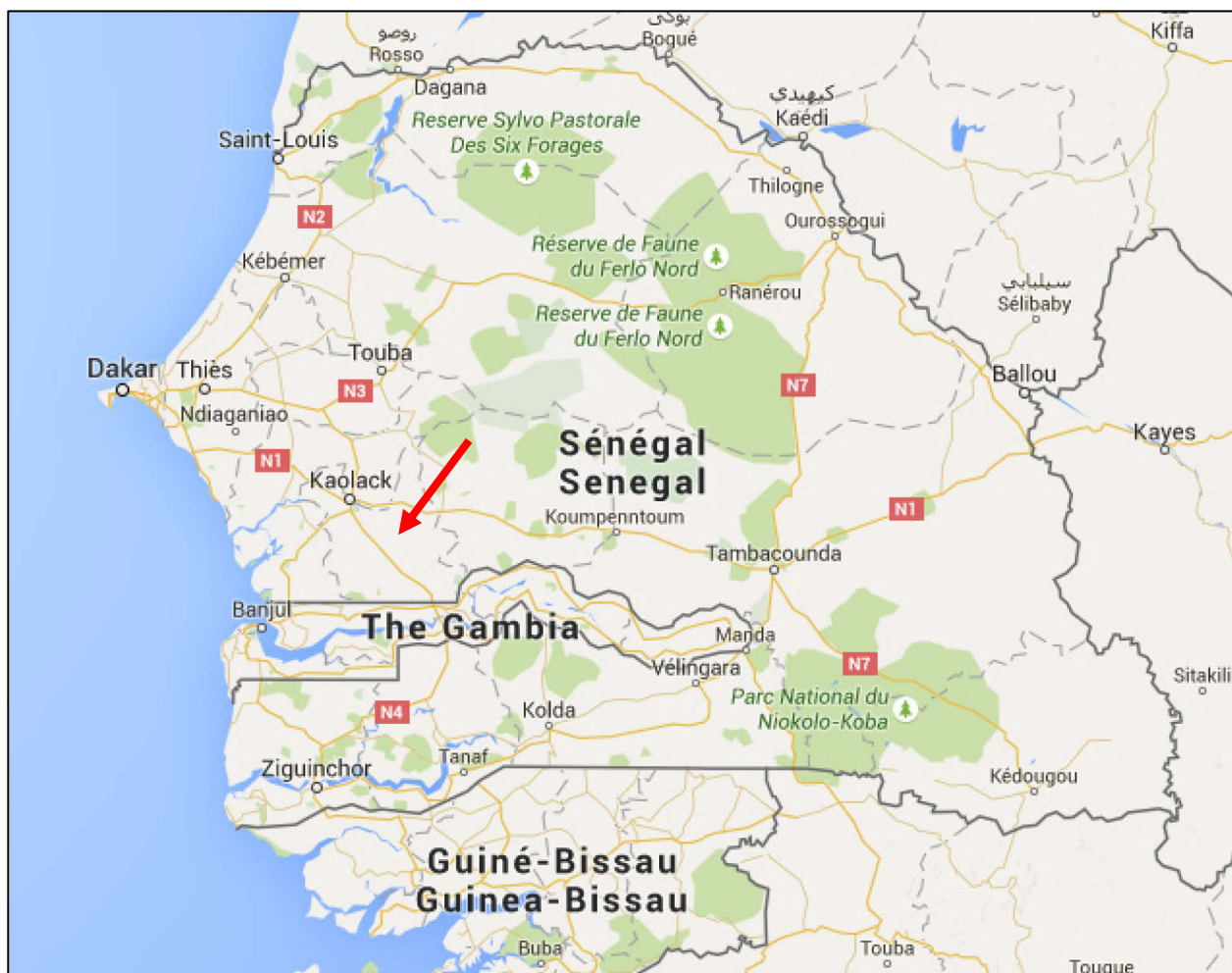
Annexe 1 : Les principes directeurs de l’OMS pour les dons de médicaments

Résumé des 12 Principes directeurs pour la pratique des dons de médicaments

1. Les dons de médicaments devraient être basés sur un besoin exprimé par le bénéficiaire.
2. Les dons de médicaments doivent être approuvés dans le pays bénéficiaire et figurer sur la liste nationale des médicaments essentiels.
3. La présentation, le dosage et la forme pharmaceutique des médicaments donnés devraient être similaires aux médicaments utilisés dans le pays bénéficiaire.
4. Les dons de médicaments devraient provenir de sources fiables et être conformes aux normes de qualité du pays donateur et du pays bénéficiaire.
5. Des médicaments retournés à la pharmacie et les échantillons ne devraient pas faire l'objet de dons.
6. Les dons de médicaments devraient avoir une durée de conservation minimale d’une année suite à leur arrivée dans le pays bénéficiaire.
7. Les étiquettes de tous les médicaments devraient être libellées dans une langue comprise par les professionnels de la santé du pays bénéficiaire.
8. Les médicaments donnés devraient être conditionnés en paquets adaptés pour le bénéficiaire.
9. Tous les dons de médicaments devraient être conditionnés conformément aux règlements internationaux.
10. Les dons de médicaments devraient être planifiés en collaboration entre les donateurs et les bénéficiaires.
11. La valeur déclarée du don de médicaments devrait être basée sur le prix de gros de son équivalent générique dans le pays bénéficiaire.
12. Tous les coûts devraient être à la charge du donateur.

Source : (WHO, 2011, traduction libre, pp.8-12)

Annexe 2 : Emplacement du Poste de santé au Sénégal



Source : Google map (consulté le 20 avril 2020)

Clicours.COM

Annexe 3 : Liste de médicaments prioritaires de l'Infirmier-chef de Poste

Format: **PRIORISER** SIROP LORSQUE POSSIBLE, PUIS P.O., PUIS INJECTABLE;

<p>Antibiothérapie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clotrimazol 1% 500 gr X 4 2. Amoxicilline Susp 250 mg/5cc 20 X 100cc+20X150 cc 3X100 co croquable 250mg co 7X500co 500mg 3. Flagyl 7X500 co 250mg 4. Doxycycline 5X250co 100mg 5. Azithromycine= suspension 8X15cc250mg/cc 5X100co 250mg 6. Ceftriaxone 4X10foies-pack 1 Gr 7. Oxacilline (Cloxacilline) 10 x 100co de 500mg 8. Sulfaméthoxazole + Triméthoprime 400/80mg 1000co x 5 800/160mg 500co x 1 200/40mg/5cc 400cc x 2 (suspension) 9. Ciprofloxacine 500mg x 100 x 10 10. Cefixime (Suprax) 400mg x 10 x 10 11. Fluconazole (anti- fongique) 100mg x 50co x 2 12. Érythromycine (si allergie à l'amoxicilline) 500mg x 100 X 3 13. Nystatin Suspension oral 100,000u/ml x 100cc x 6 14. Nystatine Cp gynéco 100.000ui x 10 tx 	<p>Anti-inflammatoire, antipyrétique et antiallergique</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Paracétamol (acétaminophène) 24X24 cc 80mg/cc 12X100cc 160mg/cc 24X20 co croquable160mg 5X1000co325mg 5X1000co500mg 16. Ibuprofène 24X24cc200mg/cc 12X100cc200mg/cc 5X1000co 200mg 5X1000co 400mg... 17. Morphine (si présence de médecin dans la mission) 5mg x 30 10mg/cc x 10 18. Dépo-médrol injectable (si présence de médecin dans la mission) 80mg/ml 10foies x 2 19. Prednisone 5mg x 100 x 2 20. Xylocaïne injectable sans épinéphrine 2% x 10 x 20cc x 3 21. Xylocaïne injectable avec épinéphrine 2% x 10 x 20cc x 3 22. Diphenhydramine (Prométhazine) Sirop 12.5mg/5cc x 2 Cap. 50mg 100 x 2 <p>Protection gastrique</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. IPP (choisir le moins dispendieux) 24. Ranitidine 4X500co 150 mg 2X500co 300mg 	<p>Suppléments</p> <ol style="list-style-type: none"> 25. Fer 5X1000 co 300mg 10X50cc 75mg/cc 26. Vitamines= acide folique 2X1000co 5mg 27. Vit A /rétinol 30X100 cap 10,000 U <p>Onguents</p> <ol style="list-style-type: none"> 28. Hydrocortisone 1 % 500g x 4 29. Béthamésone 0.1% 454g x 4 30. Clotrimazole 0.1 % (ECONAZOLE) 500g x 4 <p>Gouttes</p> <ol style="list-style-type: none"> 31. Carbomère 980 (larmes artificielles) 10 ou 15 ml x 30 32. Garasone (Chloramphenicol + dexamethasone) 7.5 cc x 5
---	---	--

Tous les autres médicaments à la liste ci-dessus **ne sont pas utiles** pour l'utilisation que l'infirmier-chef de poste peut en faire. Par ailleurs, tous les dons de médicaments doivent respecter les principes directeurs de l'OMS

Révisée par M. Boubacar Faye, Infirmier-chef du poste de santé
Mario Brûlé – président IISF et
Dr Gérald Dion – médecin-conseil pour IISF
Mise à jour : 20 septembre 2016

Annexe 4 : Lettre d'autorisation de IISF



Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)

Nurses Without Borders (NWB) | Enfermeras y Enfermeros Sin Fronteras (EESF)

Le 18 juillet 2016

Madame Roxane Aubé
Étudiante au doctorat en sciences cliniques
UER des sciences de la santé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)
Roxane.Aube@uqat.ca

Objet : Autorisation de réaliser la recherche doctorale de Roxane Aubé sur les Trajectoires et les perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme

Madame Aubé,

Il nous fait grand plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices de IISF. Compte tenu de la nature participative de votre projet, nous soulignons notre intérêt à collaborer avec vous pour l'ensemble de votre projet de recherche.

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans les activités suivantes : à créer un comité de recherche avec des administrateurs de IISF, des partenaires sénégalais et des coopérants; à recruter vos participants; à assister à la formation préparatoire offerte les 30 septembre, 1-2 octobre 2016 et à y effectuer de l'observation; à réaliser un terrain de recherche d'une durée de 3 mois auprès de nos partenaires sénégalais.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des explications que vous nous avez données et sera effective dès que vous nous aurez remis la lettre du CER-UQAT établissant que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif. Si ce CER vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur. Par ailleurs, IISF exige que chaque participant pressenti ait signé un formulaire de consentement pour sa participation à la recherche et que les membres du comité de recherche ait signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

Je vous prie d'agréer, Madame Aubé, l'expression de mes sentiments distingués.

Mario Brûlé, inf., B.Sc.inf., M. Éd.
Président



Annexe 5 : Lettre d'autorisation du Comité de santé



445, boul. de l'Université,
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Rouyn-Noranda (Québec, Canada), le 30 août 2016

Objet : Autorisation pour la tenue de l'étude « Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières » au Poste de santé de Thiaré

Monsieur,

Je me nomme Roxane Aubé, je suis une infirmière et étudiante au doctorat à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) au Canada. Je suis également la secrétaire générale de l'organisme Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF) et je collabore depuis plusieurs années avec M. Malick Faye, coordonnateur national de IISF au Sénégal, le poste de santé et le centre de santé sous l'autorisation du médecin-chef.

Je suis venue à plusieurs reprises au Sénégal et au Poste de santé avec M. Mario Brûlé, président de IISF, pour accompagner des groupes de coopérants. Entre autres, en 2012, j'ai eu la chance de réaliser une enquête au Poste de santé dans le cadre de ma recherche de maîtrise sur l'approche culturelle des infirmières québécoises réalisant un stage de formation au Sénégal. Cette recherche a été autorisée par le médecin-chef [de district]. C'est en continuité avec cette recherche que je m'adresse à vous aujourd'hui. En effet, je planifie présentement ma recherche doctorale et j'ai besoin de votre autorisation officielle pour la réalisation d'activités de recherche au Poste de santé. Les informations ci-dessous vous fournissent les détails sur ce projet.

Depuis 2005, IISF envoie des groupes de coopérants au Sénégal. Lors de ces missions, les coopérants offrent des soins à la population et remettent des médicaments au Comité de santé. Le président de IISF, M. Mario Brûlé et le coordonnateur national de IISF, M. Malick Faye, souhaitent améliorer la pratique des dons de médicaments afin que ceux-ci répondent aux besoins du Comité de santé et de la population. Une recherche participative a donc été planifiée avec IISF et ses partenaires sénégalais. Un comité de recherche comprenant des membres québécois et sénégalais participeront à toutes les décisions et étapes du projet. Cette recherche permettra à IISF et à ses partenaires sénégalais de développer des outils pour améliorer la pratique des dons de médicaments tout en considérant le contexte local. Les outils seront ainsi mieux adaptés aux besoins du Comité de santé et de la population.

Le projet de recherche consisterait à observer le processus des dons auprès de IISF, des coopérants et des bénéficiaires. En tant qu'étudiante-chercheuse, j'observerai un groupe de

coopérants au mois de mai 2017. Je serai sur le terrain un mois avant l'arrivée de la mission afin de m'intégrer dans les activités régulières du Poste de santé. Lors de la mission, j'observerai comment les coopérants qui font les dons de médicaments auprès des responsables locaux et des patients. Aussi, les membres sénégalais du comité de recherche et moi-même tiendrons des entretiens de groupe et des entretiens individuels auprès des personnes impliquées dans les dons de médicaments afin de mieux connaître leurs impressions sur ces dons. Enfin, je resterai après le départ du groupe pour identifier les besoins d'amélioration auprès du comité de santé et de vous-même. Je serai présente pour une durée totale de 3 mois au village]

Cette recherche s'inscrit dans la mission de IISF, soit de renforcer les capacités mutuelles et le développement durable auprès de ses partenaires. Cette recherche permet à IISF et à ses partenaires sénégalais de collaborer ensemble pour améliorer les dons de médicaments afin qu'ils soient le plus bénéfiques possible à la population.

Je vous invite à lire les considérations éthiques de ce projet aux pages suivantes.

En signant ce formulaire, vous autorisez ma présence pour la tenue de mes activités de recherche au Poste de santé telles que détaillées dans le résumé du projet.

Je vous prie d'accepter mes remerciements les plus sincères et mes salutations distinguées,



Roxane Aubé, inf., B. Sc.inf., M. Sc.

Étudiante au doctorat en sciences cliniques

Unité d'enseignement et de recherche des sciences de la santé

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

445, boulevard de l'Université, Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4, Canada

514-297-2590

Roxane.Aube@uqat.ca

Oscar Labra, Ph.D.

Directeur de recherche

Professeur agrégé

Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4, Canada

Sans frais : 1-877-870-8728 (2335)

Oscar.Labra@uqat.ca

AUTORISATION :

Je, soussigné(e), autorise Mme Roxane Aubé à tenir sa recherche doctorale « Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières » au Poste de santé de Thiare.

Boubacar Faye

Nom du responsable (lettres moulées)

Signature du responsable

**District Sanitaire de Bouffane
Poste de Santé de Thiare
L'Infirmier Chef de Poste**

Date

17/11/2016

Oesmane Dramé

Nom du responsable (lettres moulées)

Signature du responsable

**COMITE DE SANTE
POSTE DE SANTE
DE THIARE
LE PRESIDENT**

Date

17/11/2016

Nom du responsable (lettres moulées)

Signature du responsable

Date

Annexe 6 : Responsabilités des membres du comité de recherche

(Inspiré de la thèse de doctorat de Manon Champagne, 2007, p.74.)

Responsabilités de la facilitatrice	Responsabilités des autres membres
Préparer et animer les réunions du comité de recherche; rédiger les comptes rendus de ces réunions.	Assister aux réunions du comité de recherche; lire les comptes rendus et les approuver.
Rédiger un journal de bord.	Prendre connaissance d'une partie des données et, suite à cette première lecture, émettre leurs commentaires.
Proposer une démarche de recherche et un échéancier.	Prendre connaissance de la démarche et de l'échéancier proposés, en discuter et les modifier au besoin.
Suggérer des techniques de collecte de données et en expliquer les principales caractéristiques aux membres du comité de recherche.	Prendre connaissance des techniques proposées et déterminer celles qui paraissent les plus appropriées compte tenu des forces et limites de chaque technique et du déroulement de la recherche.
Élaborer les instruments de recherche en tenant compte des recommandations des membres du comité de recherche. S'assurer que ces instruments répondent aux critères de validité admis par la communauté scientifique.	Participer à l'élaboration des instruments : - en faisant, dans un premier temps, des suggestions quant à leur contenu, à leur forme et aux participants visés; - en prenant connaissance, dans un deuxième temps, des instruments proposés par la facilitatrice, afin d'en discuter et d'apporter des modifications au besoin.
Recueillir la plupart des données. Former et superviser les membres du comité de recherche qui recueilleront des données et voir à ce que la collecte des données se déroule dans le respect des normes établies.	Participer à la collecte des données, lorsque cela s'avère approprié et selon leur disponibilité.
Animer les discussions qui auront lieu suite à une première lecture d'une partie des données par les membres du comité de recherche et prendre en note leurs commentaires. Analyser la plupart des données recueillies en tenant compte, s'il y a lieu, des commentaires émis par le comité de recherche à l'étape précédente. Former et superviser les membres du comité de recherche qui participeront à l'analyse des données et voir à ce qu'elle se fasse selon les normes établies.	Prendre connaissance d'une partie des données et, suite à cette première lecture, émettre leurs commentaires. Participer à l'analyse des données lorsque cela s'avère approprié et selon leur disponibilité.
Animer les discussions qui auront lieu lors de l'interprétation des résultats et rédiger des synthèses à partir de ces discussions.	Prendre connaissance des résultats et participer aux discussions ayant trait à leur interprétation. Prendre connaissance des synthèses produites par la facilitatrice et les approuver.
Suggérer des idées d'outils, accompagner et superviser l'élaboration des outils par les membres du comité de recherche.	Participer à l'élaboration du programme de formation selon leurs intérêts et leur disponibilité.
Rédiger le rapport de recherche.	Prendre connaissance du rapport de recherche.

Annexe 7 : Entente de collaboration au processus de recherche-action ethnographique pour les membres du comité de recherche

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Roxane Aubé, inf., B.Sc.inf., M.Sc., étudiante au doctorat en sciences cliniques à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); Oscar Labra, Ph.D., directeur de recherche et professeur agrégé, UER des sciences du développement humain et social, UQAT.

Comité de recherche

Mario Brûlé, inf., M.Éd., président IISF

Louis-Philippe Lafleur, pharmacien-conseil, IISF

Isabelle Chartier, inf., ancienne coopérante IISF

Malick Faye, inf., coordonnateur national de IISF au Sénégal

Boubacar Faye, infirmier-chef de Poste, Sénégal

Guile Deme, représentante de la communauté et aide à la pharmacie du Poste

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : aucun

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : 13 SEPTEMBRE 2016

BUT DE LA RECHERCHE :

Depuis 2005, Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF) envoie des groupes de coopérants au Sénégal. Lors de ces missions, les coopérants offrent des soins de santé à la population et remettent des médicaments aux responsables locaux qui accueillent les coopérants. IISF souhaite améliorer la pratique des dons de médicaments afin que ceux-ci répondent aux besoins des responsables locaux et de la population. Une recherche-action ethnographique a donc été planifiée avec IISF et ses partenaires sénégalais de la région de Kaolack. Cette recherche permettra d'élaborer et d'évaluer des outils afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais, tout en considérant les particularités culturelles locales.

Pour y parvenir, une méthodologie de recherche-action ethnographique a été proposée par une des membres de ce comité de recherche, Roxane Aubé, qui est une infirmière, présentement la secrétaire générale de IISF et qui est inscrite au programme de doctorat en sciences cliniques de l'UQAT.

Dans un premier temps, les membres du comité de recherche sont invités à participer activement lors de réunions afin de contribuer aux étapes suivantes du processus :

1. Préciser les forces et lacunes dans la pratique des dons de médicaments entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais
2. Choisir une ou des techniques de collecte de données qui seront utilisées pour décrire la trajectoire des dons de médicaments et explorer les perceptions entourant les dons de médicaments
3. Participer à la collecte des données
4. Analyser les données recueillies en vue de planifier une action
5. Déterminer et créer des outils à mettre en place auprès de IISF, des coopérants et des partenaires sénégalais afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments
6. Choisir une ou des techniques de collecte de données qui seront utilisées pour évaluer l'application des outils auprès des groupes de participants concernés.
7. Valider l'évaluation des outils et rédiger un plan d'implantation
8. Participer à toutes les prises de décision

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION AU PROCESSUS DE RAE :

La participation à ce processus de RAE sera donc à titre de cochercheur volontaire.

Des réunions d'environ deux heures seront proposées selon les disponibilités de tous les membres environ une fois par deux mois pour environ un an. De plus, certaines rencontres de travail avec un sous-groupe du comité de recherche pourraient avoir lieu. Un ordre du jour flexible sera toujours proposé à l'avance par l'étudiante-chercheuse et ce sera cette dernière qui rédigera les comptes-rendus des réunions.

La présence de tous les membres à chacune des réunions sera souhaitée, mais jamais obligatoire. Les réunions se dérouleront sur la plateforme web Scopia, par Skype ou par téléphone.

Au cours de ces réunions, l'étudiante-chercheuse prendra en note les principaux commentaires, idées ou opinions émis. Ces données seront surtout utilisées par l'étudiante-chercheuse pour suivre le processus de décision et la progression du groupe. Certains extraits des conversations pourraient également être cités pour illustrer des concepts théoriques ou les étapes du processus de RAE dans le mémoire de l'étudiante-chercheuse qui sera rendu public. Ces citations seront toujours épurées de toute information pouvant divulguer l'identité de leurs propriétaires, comme l'âge, le sexe, la profession, le poste, etc.

COÛTS ET RÉMUNÉRATION :

Le seul coût encouru par chaque membre du groupe sera le temps accordé aux réunions et à la préparation à ces réunions. Aucune rémunération n'est prévue pour les membres de ce groupe, sauf pour les membres sénégalais qui recevront une compensation financière lors des journées de travail avec l'étudiante-chercheuse lorsqu'elle réalisera certaines activités de recherche au Sénégal. En effet, les membres sénégalais du comité de recherche sont au travail lorsqu'il y a des coopérants dans le milieu. Leur collaboration sera nécessaire lors du terrain de l'étudiante-chercheuse pour la participation à la collecte des données, à la traduction des entretiens tenus au Sénégal et pour la première analyse de ces données. Ces activités exigent un investissement de temps important. Les membres sénégalais du comité de recherche auront une compensation financière pour les heures travaillées avec

l'étudiante-chercheuse. La valeur sera déterminée à l'automne 2016 par IISF. La compensation sera versée par IISF.

APPARTENANCE ET DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Les produits de ce processus de recherche (outils, plan de formation, etc.) seront la propriété de l'organisme Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF).

Les connaissances découlant de ce processus de recherche permettront la complétion de la thèse doctorale qui sera la propriété de Roxane Aubé.

En plus de la thèse doctorale, les résultats seront diffusés en 2018 lors d'une présentation offerte aux enseignants en soins infirmiers lors du colloque de l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers du Québec (AEESICQ), lors d'une présentation à la communauté infirmière francophone lors d'un congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), et par la soumission d'articles dans des revues scientifiques et professionnelles. Enfin, vous recevrez un résumé des résultats de la recherche si vous en faites la demande à Roxane Aubé.

Les articles de recherche visant la diffusion de ces connaissances seront la propriété de tous les membres du groupe en tant que cochercheurs. Pour tous les articles qui découleront de cette recherche, l'étudiante-chercheuse sera la première auteure citée, suivi de son directeur de recherche, Oscar Labra, à moins d'un accord entre l'étudiante-chercheuse, son directeur de recherche et les membres du comité de recherche. Les membres du comité de recherche qui auront participé à l'une des étapes de la rédaction ou de la révision de l'article pourront être cités comme auteurs s'ils le souhaitent.

CONFLITS D'INTÉRÊTS :

L'étudiante-chercheuse déclare qu'il pourrait y avoir apparence de conflit d'intérêts et de double rôle compte tenu de sa fonction de secrétaire générale pour IISF. La recherche vise une amélioration de la pratique des dons de médicaments par une étroite collaboration entre IISF et ses partenaires et par une implication des personnes concernées par la problématique au sein d'un comité de recherche. Le rôle de l'étudiante-chercheuse est de faciliter le processus de recherche entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais. Enfin, chaque étape de la recherche sera validée par le comité de recherche et ce dernier participera aussi à l'interprétation et à l'analyse des données. Ces mesures semblent suffisantes pour éviter tout conflit d'intérêts.

Le directeur de recherche, Oscar Labra, déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts réel, éventuel ou apparent dans le contexte de ce projet de recherche.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre collaboration à ce processus de recherche est entièrement volontaire, tant au niveau de votre présence aux réunions qu'à votre degré de participation lors de celles-ci ou entre celles-ci.

Vous pouvez vous retirer en tout temps de ce processus de recherche.

RAPPEL DE VOTRE ENGAGEMENT AU SECRET PROFESSIONNEL :

Selon la Charte des droits et libertés (c. C-12) et le Code civil du Québec (Art 35-36, 60.4), toute personne a droit au respect de sa vie privée et au respect du secret professionnel. Ainsi, l'information confidentielle sur des usagers qui sera rapportée à l'intérieur des discussions de groupe devrait être présentée de façon anonyme.

À cet effet, vous vous engagez à signer le formulaire d'engagement à la confidentialité remis par l'étudiante-chercheuse pour ce projet de recherche.

SIGNATURES :

Je, soussigné(e), accepte volontairement de collaborer comme cochercheur à l'étude « Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières ».

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement était obtenu par :

Nom de l'étudiante-chercheuse (lettres moulées)

Signature

Date

QUESTIONS :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre : Roxane Aubé ou Oscar Labra

Roxane Aubé, inf., B. Sc. inf., M. Sc.
Étudiante au doctorat en sciences cliniques
514-297-2590
Roxane.Aube@uqat.ca

Oscar Labra, Ph. D.
Directeur de recherche
Sans frais : 1-877-870-8728 (2335)
Oscar.Labra@uqat.ca

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Annexe 8 : Thèmes d'observation

Moment	Élément d'observation
Avant la MMCT	
Gestion par IISF	<ul style="list-style-type: none"> • Planification dons de médicaments IISF / partenaire • Besoins du partenaire en médicaments • Encadrement des coopérants pour les dons de médicaments
Sélection, préparation et emballage par les coopérants	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes de collecte • Critères de sélection • Inventaire des médicaments sélectionnés • Préparation des valises de médicaments • Activités pour la préparation des dons de médicaments
Contrôles	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures pour contrôler le contenu et la qualité des dons
Pendant la MMCT	
Remise des dons	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des dons • Remise des dons avant le départ par les coopérants • Réception des dons par les responsables locaux
Prescription et enseignement des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Raison de consultation • Déroulement, stratégies et difficultés lors de la prescription • Relation entre le prescripteur et le patient • Communication • Déroulement, stratégies et difficultés pour l'enseignement
Pharmacie du Poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnement, rangement • Approvisionnement et provenance des médicaments • Rupture de stock (gestion, conséquences) • Communication (dépositaire-patients) • Difficultés rencontrées
Utilisation par patients	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'observance thérapeutique • Type d'erreurs d'utilisation par les patients constatées
Après la MMCT	
Gestion des dons de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi journalier des entrées-sorties des médicaments • Inventaires physiques des stocks (journalier, mensuel) • Gestion des médicaments périmés • Problèmes rencontrés par responsables locaux • Redistribution de médicaments aux autres structures sanitaires
Contrôles et suivis	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme de contrôle et de suivi (IISF/autorités locales)

Annexe 9 : Grille d'entretien - Administrateurs

Thème 1 : Contexte et rôle

1. Quel est ton rôle à IISF?
2. Quelle est ton implication avec les dons de médicaments?
3. Pour le Président : Racontes-moi l'historique des DM à IISF.
 - Est-ce que les pratiques ont changé depuis les années au sein de IISF? Quelles sont les raisons de ces changements?

Thème 2 : Trajectoire

4. Décris-moi comment IISF organise / encadre les DM. (quel est le processus avant, pendant et après les MMCT?)
5. Quelles sont les difficultés / problèmes rencontrés avec les DM?
 - Par IISF, Par les coopérants, Par les patients et responsables locaux

Thème 3 : Perceptions

6. Pourquoi selon toi il est important de « donner des médicaments » lors des MMCT de IISF au Sénégal?
7. Qu'est-ce que ça signifie pour toi de donner des médicaments en contexte humanitaire?
8. Qu'est-ce que ça signifie pour toi le mot donner?
9. Qu'est-ce pour toi un « bon » don de médicament? Et un « mauvais » don de médicament?
10. Quelles seraient les conséquences (négatives et positives) des DM ?
11. Qu'est-ce que tu penserais si iisf demandait à ses coopérants de ne rien apporter? aucun argent, aucun matériel, aucun don?
12. Qu'est-ce que tu penserais de l'option d'acheter localement les médicaments à la pharmacie régionale plutôt que de demander aux groupes d'apporter des dons de médicaments?

Thème 4 : Pistes d'amélioration

13. De manière générale sur ton expérience avec les DM au sein de IISF, quelles sont tes satisfactions et tes déceptions ?
14. Quelles seraient tes suggestions pour améliorer la pratique des dons de médicaments (le processus) entre IISF, ses coopérants et ses partenaires?
15. Y a-t-il d'autres informations qui n'ont pas été discutées et que tu aimerais ajouter en lien avec le sujet qui nous intéresse aujourd'hui?

Annexe 10 : Grille d'entretien - Responsables de groupe

Thème 1 : Contexte et rôle

1. Dans un premier temps, pouvez-vous me décrire brièvement vos expériences antérieures de projets humanitaires.
2. Quelles étaient vos motivations pour réaliser un projet humanitaire au Sénégal avec IISF?
3. Quel était le contexte de cette mission?
4. Quelle était votre implication avec les DM dans cette mission?

Thème 2 : Trajectoire

5. Décrivez-moi l'organisation des DM, avant et pendant votre mission.
 - Quelles informations aviez-vous reçues de IISF?
 - Quelles ont été vos démarches pour obtenir les DM?
 - Comment avez-vous procédé à la sélection des DM?
 - Comment avez-vous préparé et transporté les DM?
 - Comment avez-vous utilisé les DM auprès des patients?
 - Comment s'est déroulée la donation aux responsables locaux?
6. Quelles difficultés avez-vous rencontrées avec les DM?
7. Quelles stratégies avez-vous utilisées avec les DM?

Thème 3 : Perceptions

8. Pourquoi selon toi il est important de « donner des médicaments » lors des MMCT de IISF au Sénégal?
9. Qu'est-ce que ça signifie pour toi de donner des médicaments en contexte humanitaire?
10. Qu'est-ce que ça signifie pour toi le mot donner?
11. Qu'est-ce pour toi un « bon » don de médicament? Et un « mauvais » don de médicament?
12. Quelles seraient les conséquences (négatives et positives) des DM ?
13. Qu'est-ce que tu penserais si iisf demandait à ses coopérants de ne rien apporter? aucun argent, aucun matériel, aucun don?
14. Qu'est-ce que tu penserais de l'option d'acheter localement les médicaments à la pharmacie régionale plutôt que de demander aux groupes d'apporter des dons de médicaments?

Thème 4 : Pistes d'amélioration

15. Si vous repartiez en mission au Sénégal, que feriez-vous de différent pour les DM? De pareil?
16. De manière générale sur votre expérience avec les DM lors de cette mission, quelles ont été vos satisfactions et vos déceptions ?
17. Y a-t-il d'autres informations qui n'ont pas été discutées et que vous aimeriez ajouter en lien avec le sujet qui nous intéresse aujourd'hui?

Annexe 11 : Grille d'entretien - Responsables locaux et personnel du poste

Infirmier-chef de Poste

Thème 1 : Trajectoire

1. Pouvez-vous me décrire vos besoins en médicaments pour le poste de santé et les autres structures sous votre responsabilité?
2. Est-ce que vous aviez communiqué avec IISF concernant vos besoins en médicaments?
3. Est-ce que vous avez remarqué dans les dernières années des dons de médicaments qui étaient inappropriés ou des dons de matériel qui étaient inappropriés?
4. Pour les groupes de cette année, 2017, est-ce que les médicaments que vous avez reçus répondaient à vos attentes?
5. Que pensez-vous du complément de 50\$ par valise, est-ce une solution qui répond à vos besoins?
6. Comment avez-vous utilisés les dons de médicaments remis par les groupes depuis janvier?
7. De quelle façon les dons vous ont été remis les dons par les groupes?
 - a. Inventaire? Conditionnement? Médicaments personnels? Périmés?
 - b. Inconnus, inutiles ou inappropriés?
8. Quels difficultés avec les dons de médicaments avez-vous rencontrés à partir de janvier?
9. Que pensez-vous de la prescription, l'enseignement et du suivi clinique des coopérants en lien avec la médication?
10. Comment sont vos relations avec IISF en termes de communication et de suivi?

Thème 2 : Perceptions

1. Est-ce que vous pouvez me dire qu'est-ce que ça signifie « don » en wolof?
2. Qu'est-ce que pour vous un bon don de médicaments? Un mauvais DM?
3. Quels seraient pour le Poste de santé les avantages et inconvénients à accepter reliés aux dons de médicaments?
4. Qu'est-ce que vous pensez de la qualité des médicaments disponibles à la pharmacie du poste de santé? En comparaison aux médicaments canadiens?

Thème 3 : Améliorations

1. Quelles informations les coopérants devraient connaître en lien avec la culture sénégalaise ou le contexte local et les médicaments?
2. Qu'est-ce que vous suggèreriez pour améliorer les dons de médicaments entre IISF et le Poste de santé?
3. Est-ce que vous aviez d'autres informations que vous aimeriez ajoutés qui n'ont pas été discutés en lien avec les dons de médicaments?

Président du Comité de santé

Thème 1 : Description du comité de santé (C.S.)

1. En tant que président, quel est votre rôle? Depuis quand?
2. Qui sont les membres, nomination, durée du mandat?
3. Quelles sont les sources de revenu? Les principales dépenses?
4. Quelles difficultés éprouvez-vous avec l'achat de médicament?

Thème 2 : Collaboration entre le comité de santé et IISF

5. Quels seraient les avantages/bénéfices pour le C.S. de recevoir des groupes IISF?
6. Quels seraient les inconvénients/problèmes pour le C.S. de recevoir des groupes IISF?
7. Que pensez-vous des dons qui sont remis au C.S.
8. Quelles sont vos attentes?
9. Qu'est-ce que IISF peut faire pour améliorer les dons?
10. Quelles difficultés avez-vous rencontré avec la gestion des dons?

Thème 3 : Perceptions sur les dons de médicaments

11. Qu'est-ce que pour vous un bon don de médicament? Un mauvais DM?
12. Est-ce important que les groupes de IISF apportent des médicaments? Pourquoi?
13. Si les groupes donnaient seulement un montant d'argent et n'apportaient pas de médicaments, qu'est-ce que vous en penseriez?
14. Pensez-vous qu'il y a une différence dans la qualité des médicaments entre les médicaments du poste de santé et les médicaments apportés par IISF?

Thème 4 : Améliorations

15. Quelles sont vos suggestions pour améliorer les dons de médicaments pour les prochains groupes de IISF?

Responsables locaux à la PRA

1. Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre rôle à la PRA.
 - Tâches et responsabilités
 - Depuis combien de temps

2. Fonctionnement de la PRA
 - Approvisionnement
 - Commandes
 - Distribution
 - Ruptures
 - Contrôle qualité
 - Prix

3. Parlez-moi des dons de médicaments qui proviennent des étrangers (par des ONG ou des groupes par exemple)...
 - Est-ce fréquent au niveau des postes de santé, centres de santé, hôpitaux?
 - Quelle est votre principale préoccupation vis-à-vis ces dons de médicaments? (surveillance, contrôle, qualité...)
 - Quelles seraient les conséquences et les retombées de ces dons de médicaments pour la structure de santé et la population?
 - Quelles sont les normes que les ONG devraient respecter pour les dons de médicaments?

4. Qu'est-ce que pour vous un bon don de médicaments? Un mauvais DM?

5. À votre avis, pourquoi les ONG humanitaires veulent-elles apporter des dons de médicaments?

6. Concernant IISF, les DM quelle serait la meilleure manière de procéder pour avoir des médicaments pour leur mission (apporter du canada, achat local, don \$)?

Personnel du Poste de santé (entretiens individuels et groupe de discussion)

Thème 1 : IISF

1. Depuis janvier, vous avez reçu quatre groupes de IISF. Comment s'est passé le travail et la relation avec les toubabs?
2. Qu'est-ce qui a été le plus difficile? Quelles difficultés ont été rencontrées?
3. Quels sont les avantages et inconvénients pour le poste de santé et le C.S. d'accueillir les toubabs?

Thème 2 : Dons de médicaments

4. Quels sont vos besoins et vos attentes pour les dons qui sont apportés par les groupes?
5. Est-ce important que les groupes apportent des dons de médicaments? Pourquoi?
6. Si les groupes n'apportaient plus de dons, mais remettaient seulement de l'argent au C.S., qu'en penseriez-vous?
7. Avez-vous reçu des demandes particulières de la population parce que vous travaillez avec les toubabs?
8. Quelles seraient les conséquences positives et négatives des dons de médicaments sur le poste de santé et la communauté?

Thème 3 : Perceptions

9. Qu'est-ce que ça signifie pour vous de « donner en contexte humanitaire »? Que veut dire le mot donner?
10. Qu'est-ce que pour vous un bon don de médicament? Un mauvais DM?
11. Pensez-vous qu'il y a une différence dans la qualité des médicaments apportés par les toubabs et les médicaments disponibles à la pharmacie du poste? Lesquelles?

Thème 4 : Améliorations

12. Quelles sont vos suggestions pour améliorer les dons?
13. Qu'est-ce que le poste de santé / Comité de santé peuvent faire pour améliorer les DM?

Annexe 12 : Grille d'entretien - Coopérants

Groupes de discussion : Début de la mission

Thème 1 : Contexte

1. Quelle était votre motivation à participer à cette mission?

Thème 2 : Trajectoire

2. Comment ça s'est passé vos démarches pour les DM?
3. Maintenant, de manière plus détaillée, quelles ont été les difficultés rencontrées?
4. Est-ce que vous avez senti que les documents, les explications de iisf ça vous aidait? Suffisant? Ou est-ce qu'il manquait des choses pour vous aider dans ces démarches?
5. Y a-t-il d'autres difficultés que vous avez rencontrées en lien avec les DM qui n'ont pas été mentionnées et que vous aimeriez ajouter?
6. Qu'est-ce qui s'est bien passé lors de votre expérience avec les DM? Qu'est-ce qui vous a aidé ?

Thème 2 : Perceptions

7. Est-ce que c'était important pour vous d'apporter des médicaments? De recevoir des dons de médicaments de la part des pharmacies ou d'autres donateurs?
8. Qu'est-ce que ça signifie pour vous de « donner » en contexte humanitaire? Que veut dire le mot « don » ?
9. À votre avis, quelles ont été les conséquences (positives et négatives) de vos DM?
10. Si iisf ne demandait pas aux coopérants d'apporter des médicaments mais seulement de donner le 50\$, qu'est-ce que vous pensez de cette idée là?
11. est-ce que vous vous verriez arriver ici sans don, sans don de matériel ou de médicaments, juste avec votre valise personnelle et pas de don d'argent.
12. Pensez-vous qu'on peut créer une dépendance avec les DM?
13. Y at-il autre chose que vous auriez aimé ajouter qui n'a pas été discuté en lien avec les DM?

Groupes de discussion : Fin de mission

Thème 1 : Perceptions

1. Qu'est-ce que ça signifie pour vous de donner en contexte humanitaire ?
2. À quels besoins croyez-vous que les dons de médicaments ont répondu?
3. Pourquoi selon vous faut-il apporter des médicaments ici
4. Quelles sont les conséquences positives et négatives des dons de médicaments qui sont apportés
5. Quelles difficultés avez-vous rencontrées avec les patients en lien avec les médicaments?
6. Quelles sont les motivations des patients à venir consulter les toubabs?
7. Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de la prescription, enseignements, suivis, lors de vos consultations avec les patients,
8. Quelles stratégies avez-vous utilisées pour vous aider à prescrire, enseignements, suivis?
9. Quels changements avez-vous remarqués entre votre première semaine et votre dernière semaine dans votre rôle de prescripteur?
10. Avez-vous des exemples de prescription ou d'enseignements ou de suivis qui se sont bien déroulés?
11. De quelle manière avez-vous pris en considération la culture dans vos prescriptions, enseignements, suivis?
12. Est-ce que vous pensez que les patients ont pu utiliser différemment les médicaments de ce pourquoi ils avaient été prescrits? Pourquoi?

Thème 2 : Améliorations

13. À partir de votre expérience, comment les prescriptions, enseignements, suivis, pourraient être plus adaptés au contexte local?
14. Quels seraient vos conseils pour les prochains coopérants qui vont venir en lien avec comment prescrire, comment faire l'enseignement et le suivis?

Tour de table, comment vous avez vécu votre expérience de groupe de discussion.

Annexe 13 : Grille d'entretien - Patients

Thème 1 : Expérience avec les infirmières canadiennes (toubabs)

1. De manière générale, que pensez-vous des missions qui viennent au poste de santé?
2. Lorsque vous avez consulté une infirmière canadienne, comment ça s'est passé?
3. Qu'est-ce que vous avez aimé et moins aimé lors de votre consultation avec les infirmières canadiennes?
 - ✓ accueil
 - ✓ durée
 - ✓ attitude
 - ✓ traducteur
 - ✓ médicaments prescrits
4. Lorsque l'infirmière vous a expliqué les médicaments, avez-vous compris? Pourquoi?
5. À la maison, pensez-vous avoir respecté les consignes des médicaments (posologie)? Qu'est-ce qui vous aurait aidé?
6. À la maison, est-ce que vous avez partagé vos médicaments avec une autre personne ou un enfant? Revendu les médicaments? Jeté les médicaments? Gardé pour la prochaine fois?
7. Y a-t-il une différence entre les médicaments canadiens et ceux du poste de santé? Laquelle?

Thème 2: Perception des dons de médicament

8. Selon vous, est-ce important que les missions donnent des médicaments au Poste de santé? Pourquoi?
9. Selon vous, quelles sont les avantages des dons de médicaments pour la communauté? Quels sont les problèmes?
10. C'est quoi pour vous un bon don de médicaments? Un mauvais don de médicaments?
11. Que veut dire pour vous le mot « donner » ou « don »?

Thème 3 : Piste d'amélioration

12. Pour le futur, quelles seraient les améliorations ou les changements à faire lorsque les missions remettent des médicaments au poste de santé?
13. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter?

Annexe 14 : Plan d'implantation des actions prioritaires

Actions prioritaires de IISF	Actions spécifiques du comité	Comment?	Quand? Qui ?
1. Renforcer la collaboration entre IISF et le partenaire local	1.1 Adopter une approche collaborative dans les prises de décisions entre IISF et son partenaire	<ul style="list-style-type: none"> - Le comité sensibilise IISF sur l'existence des relations de pouvoir et des conflits d'intérêt pouvant exister entre un OCI et ses partenaires. 	Janvier 2020
		<ul style="list-style-type: none"> - Avant de prendre une décision concernant les DM, IISF implique activement son partenaire; lui demande et écoute son avis, ses préférences, ses suggestions. - Les prises de décision concernant les DM doivent être prises dans l'intérêt des bénéficiaires. - En cas de divergence, IISF explique à son partenaire le contexte et les arguments appuyant sa position. - Dans une démarche de renforcement des capacités locales, IISF invite son partenaire à s'impliquer dans la mise en œuvre du processus des DM. 	En tout temps
	1.2 Clarifier les attentes du partenaire pour les dons de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Un représentant du comité rencontre le partenaire et lui demande quelles sont ses attentes, ses besoins réels en médicaments, s'il préfère recevoir un don monétaire et comment voit-il la mise en œuvre du don (liste, donation, gestion locale, surveillance de la qualité, suivis postdonations) 	Janvier 2020
2. Renforcer l'encadrement des dons de médicaments	2.1 Créer un comité IISF-DM	<ul style="list-style-type: none"> - Le CA de IISF procède à la création officielle d'un comité pour les DM. 	Novembre 2019
		<ul style="list-style-type: none"> - Le comité se rencontre pour réfléchir à la position que IISF doit prendre concernant les DM. 	Décembre 2019

		<ul style="list-style-type: none"> - Le comité développe une « Politique des dons de médicaments » à partir des recommandations existantes (OMS, arrêté ministériel du Bénin, normes éthiques). - Le comité remet à IISF sa proposition de Politique afin qu'elle soit révisée et adoptée par le CA. - Après son adoption, la Politique est transmise à tous les membres et partenaires de IISF et publiée sur le site Web de IISF. 	<p>Janvier 2020</p> <p>Février 2020</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - IISF fait la promotion auprès du public, des professionnels de santé et des autres organismes sa façon d'encadrer les dons de médicaments 	
	2.2 Créer un comité FNB-DM	<ul style="list-style-type: none"> - Un représentant du comité invite le partenaire à créer un comité local pour les dons (prise de position, identification des besoins, gestion locale, surveillance, suivi, etc.) - Le comité et le comité local prennent connaissance de la réglementation en vigueur au Bénin concernant les DM (voir l'arrêté ministériel). 	Janvier 2020
3. Rendre la donation plus officielle et transparente	3.1 Créer une procédure et des outils pour la donation	<ul style="list-style-type: none"> - Le comité s'informe auprès du partenaire sur la meilleure façon de faire la donation afin qu'elle soit officielle et transparente. - Le comité s'informe auprès du partenaire sur les modalités de gestion locale après la donation (inventaire physique des stocks, registre de suivis, etc.) afin d'en informer les coopérants. - Le comité rédige avec le partenaire une procédure pour les coopérants sur comment doit se dérouler la donation (moment, discours, photo, inventaire, accusé réception, etc.). - Le comité rédige avec le partenaire un formulaire « Accusé de réception des dons » qui sera à remplir après chaque donation. 	Mars 2020
		<ul style="list-style-type: none"> - IISF transmet aux responsables de groupe les documents pour la donation. 	Avril 2020

4. Former les coopérants à la prescription et à l'enseignement spécifiques au milieu clinique	4.1 Développer des ateliers de formation spécifiques à la prescription <ul style="list-style-type: none"> • Atelier prédépart sur les modalités de prescription • Atelier préclinique sur les pratiques locales de prescription • Atelier préclinique sur la communication interculturelle 	- Le comité prépare un plan de formation avec le matériel pédagogique pour chacun des ateliers.	Mars 2020
		- Le partenaire avec l'implication du responsable clinique rédige une liste des médicaments pouvant être prescrits par les coopérants à partir du guide clinique et thérapeutique de MSF.	Mars 2020
		- Le partenaire avec l'implication du responsable clinique complète et bonifie le contenu pour l'atelier sur les pratiques locales de prescription.	
		- IISF détermine les modalités pour offrir ces ateliers (quand, par qui, où).	Juin 2020
5. Instaurer des suivis postdonations auprès du partenaire local et des coopérants	5.1 Créer des procédures et outils de suivis postdonations	- Le comité rédige un formulaire électronique de suivis postdonations entre IISF et son partenaire (déroulement de la donation, satisfaction du don, retour sur la prescription des coopérants, etc.)	Avril 2020
		- Le comité rédige un formulaire électronique de suivis postdonations entre IISF et le chef de groupe (démarche pour collecter les dons, donation, retour sur la prescription des coopérants, etc.)	
		- IISF procède au suivi auprès de son partenaire après chaque groupe (formulaire électronique + appel téléphonique).	Mai – Juin 2020
		- IISF transmet aux responsables de groupe par courriel le suivi sur comment leur don a été utilisé par le partenaire.	
		- IISF procède au suivi auprès des responsables de groupe après leur retour au Québec (formulaire électronique + appel téléphonique).	Mai – Juin 2020
		- IISF transmet à son partenaire les commentaires utiles pour améliorer la pratique des DM / prescription des coopérants.	
		- IISF remet un rapport annuel au CA des suivis postdonations effectués.	Juin 2020
		- IISF décide, en collaboration avec son partenaire, des changements à apporter à sa pratique des DM en fonction des commentaires reçus.	

6. Acheter les médicaments sur place avant l'arrivée du groupe	6.1 Évaluer la faisabilité d'acheter localement les médicaments avant l'arrivée des groupes.	- Le représentant du comité discute avec le comité local pour connaître les modalités d'achat des médicaments au Bénin pouvant être prescrits par les coopérants (lieu d'achat, médicaments disponibles, coût, quantité, délais de livraison, etc.)	Janvier 2020
		- Le comité prépare un classeur excel pour comptabiliser les médicaments prescrits par les coopérants afin d'estimer les besoins pour l'achat local.	Décembre 2019
		- Si cette option est retenue par IISF et le comité local, les comités rédigent une procédure pour les coopérants (coût à prévoir, liste des médicaments, etc.) et les bénéficiaires du don monétaire (gestion du don, suivis, etc.)	Mars 2020

Clicours.com

Annexe 15 : Certificat du comité d'éthique de la recherche de l'UQAT



Référence : 2016-08 –AUBÉ R.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS
(CÉR) – UQAT

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

ÉVALUATION DU 24 AOÛT 2016

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique d'un projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Madame Roxane Aubé, étudiante au doctorat en sciences de la santé

Et intitulé : Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme : le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières.

DÉCISION DU CÉR :

Accepté

Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Autre (voir commentaires ci-dessous)


Surveillance éthique continue : Rapport annuel Date : 13 septembre 2017
Rapport final Date : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site Internet de l'UQAT : <http://recherche.uqat.ca/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

	Poste occupé	Département ou discipline
Thomas Rajotte	Professeur	UER sc. de l'éducation
Mélanie Chartier	Membre provenant de la collectivité	Représentante de la communauté

Date : 13 septembre 2016


Thomas Rajotte, Ph. D.
Président par intérim CÉR - UQAT
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Annexe 16 : Certificat du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Sénégal

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION
DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES

N° 000089 MSAS/DPRS/DR

Dakar, le 12 4 JAN 2017

LE DIRECTEUR

AUTORISATION ADMINISTRATIVE

Protocole SEN16/68 : Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme : le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IIFS)

Réf : Avis éthique et scientifique n° 00009/MSAS/DPRS/CNERS en date du 20 Janvier 2016

Mademoiselle,

Sur la base de la non objection du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé, je vous accorde une autorisation administrative d'une année (**janvier 2017 – janvier 2018**) pour vous permettre de mettre en œuvre votre étude.

Je vous prie de croire, **Mademoiselle**, à l'assurance de ma parfaite considération et de mes encouragements renouvelés.

Mademoiselle Roxane AUBE
Département des Sciences de la Santé
Université du Québec
CANADA

Roxane.aube@ugat.ca

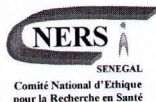
Pour le Directeur et par Ordre
le Coordonnateur



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION
DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES



N° 05-11-004 MSAS/DPRS/CNERS

Dakar, le 20 JAN 2017

Le Coordonnateur

AVIS ETHIQUE ET SCIENTIFIQUE

Protocole SEN16/68 : Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme : le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IIFS)

Mademoiselle,

Le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) a procédé à l'examen du protocole visé en référence et trouvé le document globalement bien présenté, respectant les standards éthiques et scientifiques. En conséquence un avis éthique et scientifique favorable est émis pour cette étude.

Cet avis a une durée d'un an à compter de sa date de signature.

Le renouvellement de l'avis est assujéti à un rapport d'étape permettant d'être informé sur le niveau de mise en œuvre de l'étude. Au terme de la dite étude, un rapport de recherche est à déposer au niveau du secrétariat du CNERS.

Je vous prie de croire, **Mademoiselle**, à l'assurance de mon profond respect et de mes encouragements renouvelés.

Mademoiselle Roxane AUBE
Département des Sciences de la Santé
Université du Québec
CANADA

Roxane.aube@ugat.ca



Annexe 17 : Formulaire de consentement – Administrateurs / Responsables de groupe

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Roxane Aubé, inf., B.Sc.inf., M.Sc., étudiante au doctorat en sciences cliniques à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); Oscar Labra, Ph.D., directeur de recherche et professeur agrégé, UER des sciences du développement humain et social, UQAT.

Comité de recherche

Mario Brûlé, inf., M.Éd., président IISF

Louis-Philippe Lafleur, pharmacien-conseil, IISF

Annie White-Gosselin, inf., B.Sc.inf., administratrice IISF

Isabelle Chartier, inf., ancienne coopérante IISF

Malick Faye, inf., coordonnateur national de IISF au Sénégal

Boubacar Faye, infirmier-chef de poste, Sénégal

Guile Deme, représentante de la communauté et aide à la pharmacie du Poste

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : aucun

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : 13 SEPTEMBRE 2016

PRÉAMBULE :

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche portant sur les dons de médicaments entre Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF), ses coopérants et ses partenaires sénégalais, qui implique de prendre part à un entretien individuel d'une durée d'environ 90 minutes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse Roxane Aubé et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

Depuis 2005, IISF envoie des groupes de coopérants au Sénégal. Lors de ces missions, les coopérants offrent des soins de santé à la population et remettent des médicaments aux responsables locaux qui accueillent les coopérants. IISF souhaite améliorer la pratique des dons de médicaments afin que ceux-ci répondent aux besoins des responsables locaux et de la population. Une recherche-action ethnographique a donc été planifiée avec IISF et ses partenaires sénégalais de la région de Kaolack. Cette recherche permettra d'élaborer et d'évaluer des outils afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais, tout en considérant les particularités culturelles locales.

En tant qu'administrateur de IISF, vous êtes impliqué, à divers niveaux, dans la préparation des coopérants, la coordination des services de IISF, la coordination des groupes ou dans le développement de l'organisme. Nous souhaitons connaître davantage votre opinion et vos impressions sur les pratiques de IISF en lien avec les dons de médicaments afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments de IISF.

//

En tant qu'ancien responsable de groupe, vous avez vécu une expérience de mission médicale à court-terme au Sénégal durant laquelle vous avez eu à préparer, transporter et distribuer des dons de médicaments. Nous souhaitons connaître davantage votre opinion et vos impressions sur votre expérience en lien avec vos dons de médicaments afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments de IISF.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Vous êtes invité à participer à un entretien individuel d'une durée d'environ 90 minutes avec, au besoin, une pause de 10-15 minutes, où nous aborderons plusieurs thématiques concernant les dons de médicaments entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais.

Les entretiens de groupe se feront sous forme de discussion entre les participants et l'étudiante-chercheuse. Ils auront lieu sur la plateforme web Sype. Avec votre accord, les entretiens seront enregistrés à l'aide d'une option intégrée à Skype. L'enregistrement sera audiovisuel, mais seulement la discussion sera transcrite pour permettre une analyse subséquente de son contenu.

Enfin, l'étudiante-chercheuse pourrait vous demander une copie numérique de certains documents pertinents pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet, tels que des photos, des inventaires, des procédures, etc. Ces documents serviront à expliciter et à illustrer les dons de médicaments lors des missions au Sénégal. En ce qui concerne les

documents qui vous seront demandés, nous rayerons toute image, texte ou écriture qui pourrait permettre de vous identifier.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre de faire connaître vos idées et opinions sur le sujet à l'étude de sorte que les solutions subséquentement envisagées pourraient en tenir compte. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine et permettront d'améliorer la pratique des dons de médicaments entre l'organisme IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Le temps pris pour participer aux entretiens constitue un inconvénient à participer à cette étude. Aussi, compte tenu du petit nombre d'administrateurs à IISF [de groupes soutenus par IISF], il existe un risque d'être identifié lors de la diffusion des résultats. À cet effet, des mesures visant à assurer la confidentialité sont prévues.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Nous nous engageons à respecter la confidentialité des propos recueillis lors des entretiens de groupe. Également en acceptant de participer aux entretiens de groupe, vous vous engagez à garder confidentiels les propos émis par les autres participants pendant l'entretien.

Tous les efforts nécessaires seront faits pour éviter l'identification directe ou indirecte des participants. Ainsi, vous serez associé à un code tel que « administrateur 1, 2, 3 ... » [« Responsables de groupe 1, 2, 3, ... »]. La liste des codes reliés aux noms des participants ne sera accessible qu'à l'étudiante-chercheuse. Advenant l'utilisation d'une photo où un participant est identifiable dans l'une des publications (thèse, article, présentation publique), l'étudiante-chercheuse demandera l'autorisation du participant avant la publication et, s'il le souhaite, lui offrira de « brouiller » le visage pour éviter toute identification. Tout refus du participant à publier une photo où il est identifiable sera respecté.

Seuls l'étudiante-chercheuse, son directeur de recherche et les membres du comité de recherche auront accès aux enregistrements des entretiens et à leur transcription. Tous ont signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

Les enregistrements seront détruits après leur retranscription. Les transcriptions seront conservées dans un ordinateur protégé par mot de passe, accessible seulement à l'étudiante-chercheuse, pour une durée de cinq ans après le dépôt de la thèse.

Les documents numériques remis par les participants seront détruits également cinq ans après le dépôt de la thèse.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats ne seront pas commercialisés.

L'étudiante-chercheuse déclare qu'il pourrait y avoir apparence de conflit d'intérêts et de double rôle compte tenu de sa fonction de secrétaire générale pour IISF. La recherche vise une amélioration de la pratique des dons de médicaments par une étroite collaboration entre IISF et ses partenaires et par une implication des personnes concernées par la problématique au sein d'un comité de recherche. Le rôle de l'étudiante-chercheuse est de faciliter le processus de recherche entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais. Enfin, chaque étape de la recherche sera validée par le comité de recherche et ce dernier participera aussi à l'interprétation et à l'analyse des données. Ces mesures semblent suffisantes pour éviter tout conflit d'intérêts.

Le directeur de recherche, Oscar Labra, déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts réel, éventuel ou apparent dans le contexte de ce projet de recherche.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

En plus de la thèse doctorale, les résultats seront diffusés en 2018 lors d'une conférence offerte aux enseignants en soins infirmiers lors du colloque de l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers du Québec (AEESICQ), à la communauté infirmière francophone lors d'un congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), et par la soumission d'articles dans des revues scientifiques et professionnelles. Enfin, vous recevrez un résumé des résultats de la recherche.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez Roxane Aubé, Oscar Labra et les membres du comité de recherche de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse

ou à l'un des membres du comité de recherche. Aussi, lors de l'entretien, vous pouvez refuser de répondre à une ou des questions. Votre refus de participer ou votre retrait du projet de recherche ne modifiera en aucun cas la qualité ou la quantité des services auxquels vous auriez droit avec IISF ni la qualité ou la quantité des relations que vous aurez avec les membres du comité de recherche et de IISF.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

UQAT

Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche

445, boul. de l'Université, Bureau B-309

Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4

Téléphone : (819) 762-0971 # 2252

maryse.delisle@uqat.ca

CONSENTEMENT :

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude « Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières ».

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement était obtenu par :

Nom de l'étudiante-chercheuse (lettres moulées)

Signature

Date

QUESTIONS :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre : Roxane Aubé ou Oscar Labra

Roxane Aubé, inf., B.Sc.inf., M.Sc.

Étudiante au doctorat en sciences cliniques

514-297-2590

Roxane.Aube@uqat.ca

Oscar Labra, Ph.D.

Directeur de recherche

Sans frais : 1-877-870-8728 (2335)

Oscar.Labra@uqat.ca

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Annexe 18 : Formulaire de consentement - Responsables de groupe et coopérants accompagnés lors de la MMCT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas d'Infirmières et Infirmiers Sans Frontières

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

Roxane Aubé, inf., B.Sc.inf., M.Sc., étudiante au doctorat en sciences cliniques à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT); Oscar Labra, Ph.D., directeur de recherche et professeur agrégé, UER des sciences du développement humain et social, UQAT.

Comité de recherche

Mario Brûlé, inf., M.Éd., président IISF

Louis-Philippe Lafleur, pharmacien-conseil, IISF

Annie White-Gosselin, inf., B.Sc.inf., administratrice IISF

Isabelle Chartier, inf., ancienne coopérante IISF

Malick Faye, inf., coordonnateur national de IISF au Sénégal

Boubacar Faye, infirmier-chef de poste, Sénégal

Guile Deme, représentante de la communauté et aide à la pharmacie du Poste

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : aucun

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : 13 SEPTEMBRE 2016

PRÉAMBULE :

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche portant sur les dons de médicaments entre Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF), ses coopérants et ses partenaires sénégalais qui implique d'accepter la présence de l'étudiante-chercheuse à des fins d'observation. Aussi, certaines personnes du groupe pourraient être invitées à participer à un entretien individuel d'une durée d'environ 60 minutes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-

chercheuse Roxane Aubé et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

BUT DE LA RECHERCHE :

Depuis 2005, IISF envoie des groupes de coopérants au Sénégal. Lors de ces missions, les coopérants offrent des soins de santé à la population et remettent des médicaments aux responsables locaux qui accueillent les coopérants. IISF souhaite améliorer la pratique des dons de médicaments afin que ceux-ci répondent aux besoins des responsables locaux et de la population. Une recherche-action ethnographique a donc été planifiée avec IISF et ses partenaires sénégalais de la région de Kaolack. Cette recherche permettra d'élaborer et d'évaluer des outils afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais, tout en considérant les particularités culturelles locales.

En tant que responsable de groupe ou coopérant de IISF, vous planifiez présentement une mission médicale à court-terme au Sénégal durant laquelle vous aurez à préparer, transporter et distribuer des dons de médicaments. Nous souhaitons dans un premier temps connaître davantage votre opinion et vos impressions sur votre expérience en lien avec les dons de médicaments. Ensuite, nous souhaitons observer la trajectoire de vos dons de médicaments, c'est-à-dire avant, pendant et après votre mission au Sénégal, et ce, afin d'améliorer la pratique des dons de médicaments de IISF.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Votre participation consistera à être observé à quelques moments durant votre mission au Sénégal. L'étudiante-chercheuse s'intégrera ainsi à certaines de vos activités quotidiennes (ex : remise des dons aux responsables locaux, fête d'accueil, fête de départ) et fera de l'observation durant certaines activités cliniques (ex : consultations avec les patients, pharmacie, rencontres postcliniques).

Certaines personnes du groupe pourraient être invitées à participer à un entretien individuel ou un entretien de groupe d'une durée d'environ 90 minutes avec, au besoin, une pause de 10 minutes, où nous aborderons plusieurs thématiques concernant votre expérience avec les dons de médicaments et votre expérience de mission humanitaire. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré de manière audionumérique pour permettre une analyse subséquente de son contenu.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre de faire connaître vos idées et opinions sur le sujet à l'étude de sorte que les solutions subséquentement envisagées pourraient en tenir compte. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine et permettront d'améliorer la pratique des dons de médicaments entre l'organisme IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Le temps pris pour participer à l'entretien individuel constitue un inconvénient à participer à cette étude. Aussi, compte tenu du petit nombre de nouveaux groupes soutenus à IISF, il existe un risque que votre groupe soit identifié lors de la diffusion des résultats. À cet effet, des mesures visant à assurer la confidentialité sont prévues.

Par ailleurs, il est possible que vous ressentiez un inconfort ou de la gêne durant les périodes d'observation ou encore qu'une situation clinique soit plus délicate (ex : urgence médicale, patient souffrant, raison de consultation intime). Si tel est le cas, l'étudiante-chercheuse s'engage à cesser l'observation et les données ne seront pas retenues. Pour minimiser ce risque, l'étudiante-chercheuse demandera verbalement à chaque fois votre accord, ainsi que celui du patient, pour assister à l'activité. Au besoin, l'étudiante-chercheuse et le responsable du groupe peuvent vous offrir du soutien par une rencontre individuelle et confidentielle.

Conformément au code de déontologie de l'étudiante-chercheuse (Code de déontologie des Infirmières et Infirmiers du Québec), advenant que celle-ci soit témoin d'un comportement ou d'une attitude inapproprié de la part d'un coopérant, il a été convenu avec le responsable du groupe qu'il en soit avisé.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Nous nous engageons à respecter la confidentialité des propos recueillis lors des entretiens individuels et des périodes d'observation.

Tous les efforts nécessaires seront faits pour éviter l'identification directe ou indirecte des participants et du groupe. Ainsi, vous serez associé à un code tel que « coopérant 1, 2, 3 ... » ou « responsable de groupe 1, 2, 3, ... ». Seulement ces codes seront utilisés dans les notes d'observation manuscrites et du journal de bord de l'étudiante-chercheuse. La liste des codes reliés aux noms des participants ne sera accessible qu'à l'étudiante-chercheuse. Advenant l'utilisation d'une photo où un participant est identifiable dans l'une des publications (thèse, article, présentation publique), l'étudiante-chercheuse demandera l'autorisation du participant avant la publication et, s'il le souhaite, lui offrira de « brouiller » le visage pour éviter toute identification. Tout refus du participant à publier une photo où il est identifiable sera respecté.

Seuls l'étudiante-chercheuse, son directeur de recherche et les membres du comité de recherche auront accès à l'enregistrement des entretiens, leur transcription, les notes d'observation manuscrites, leur transcription et au journal de bord de l'étudiante-

chercheuse. Tous ont signé un formulaire d'engagement à la confidentialité. Dans le cas où une assistante de recherche transcrive les entretiens, celle-ci aura signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

Les enregistrements et les transcriptions seront conservés dans un ordinateur protégé par mot de passe, accessible seulement à l'étudiante-chercheuse, pour une durée de cinq ans après le dépôt de la thèse.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats ne seront pas commercialisés.

L'étudiante-chercheuse déclare qu'il pourrait y avoir apparence de conflit d'intérêts et de double rôle compte tenu de sa fonction de secrétaire générale pour IISF. La recherche vise une amélioration de la pratique des dons de médicaments par une étroite collaboration entre IISF et ses partenaires et par une implication des personnes concernées par la problématique au sein d'un comité de recherche. Le rôle de l'étudiante-chercheuse est de faciliter le processus de recherche entre IISF, ses coopérants et ses partenaires sénégalais. Enfin, chaque étape de la recherche sera validée par le comité de recherche et ce dernier participera aussi à l'interprétation et à l'analyse des données. Ces mesures semblent suffisantes pour éviter tout conflit d'intérêts.

Le directeur de recherche, Oscar Labra, déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts réel, éventuel ou apparent dans le contexte de ce projet de recherche.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

En plus de la thèse doctorale, les résultats seront diffusés en 2019 lors d'une conférence offerte aux enseignants en soins infirmiers lors du colloque de l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers du Québec (AEESICQ) et par la soumission d'articles dans des revues scientifiques et professionnelles. Enfin, vous pourrez recevoir un résumé des résultats si vous en faites la demande à Roxane Aubé.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez Roxane Aubé, Oscar Labra et les membres du comité de recherche de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment,

sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou à l'un des membres du comité de recherche. Aussi, lors de l'entretien, vous pouvez refuser de répondre à une ou des questions. Votre refus de participer ou votre retrait du projet de recherche ne modifiera en aucun cas la qualité ou la quantité des services auxquels vous auriez droit avec IISF ni la qualité ou la quantité des relations que vous aurez avec les membres du comité de recherche et de IISF.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

UQAT

Vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche

445, boul. de l'Université, Bureau B-309

Rouyn-Noranda (Qc) J9X 5E4

Téléphone : (819) 762-0971 # 2252

cer@uqat.ca

CONSENTEMENT :

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à l'étude « Trajectoires et perceptions des dons de médicaments lors de missions médicales québécoises à court terme: le cas de Infirmières et Infirmiers Sans Frontières ».

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement était obtenu par :

Roxane Aubé

Nom de l'étudiante-chercheuse (lettres moulées)

Roxane Aubé

20 mars 2018

Signature

Date

QUESTIONS :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre : Roxane Aubé ou Oscar Labra

Roxane Aubé, inf., B.Sc.inf., M. Sc.

Étudiante au doctorat en sciences cliniques
514-297-2590

Roxane.Aube@uqat.ca

Oscar Labra, Ph. D.

Directeur de recherche

Sans frais : 1-877-870-8728 (2335)

Oscar.Labra@uqat.ca

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

Annexe 19 : Formulaire d'information et de consentement oral – Bénéficiaires

Ce formulaire a été expliqué verbalement par un cochercheur dans la langue choisie par le participant au début de chaque entretien. Le consentement verbal a été demandé et consigné sous forme de registre.

PRÉAMBULE :

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet de recherche universitaire sur le sujet des dons de médicaments par la Mission (IISF). Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps d'écouter et de comprendre les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes vos questions à M. Malick Faye.

BUT :

Depuis 2005, IISF envoie des groupes de coopérants au Sénégal, entre autres, dans ce village. Lors de ces missions, les coopérants offrent des soins de santé à la population et remettent des médicaments au Poste de santé et au Comité de santé. Le président de IISF, M. Mario Brûlé, le coordonnateur national de IISF, M. Malick Faye et l'infirmier-chef de poste, M. Boubacar Faye [*les noms sont précisés car la population les connaît et cela peut faciliter le recrutement*], souhaitent améliorer la pratique des dons de médicaments afin que ceux-ci répondent du Poste de santé et de la population. Nous souhaitons connaître votre opinion sur les dons de médicaments que vous avez reçus ou que vous avez été témoin afin d'améliorer les futurs dons qui seront apportés par les prochaines missions.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Groupe de discussion : Votre participation consistera à prendre part à une rencontre pour discuter avec d'autres personnes impliquées dans les dons de médicaments avec IISF. Cela va durer environ 90 minutes avec une pause d'environ 10 minutes. Les paroles seront enregistrées. Ce sera [Roxane Aubé ou l'un des membres sénégalais du comité de recherche] qui animera la discussion et celle-ci se tiendra en français ou en wolof selon la préférence des participants.

Entretien individuel : Votre participation consistera à prendre part à une rencontre pour discuter seul avec [Roxane Aubé ou avec l'un des membres sénégalais du comité de recherche]. Durant cette rencontre, on vous posera des questions sur les médicaments reçus par la mission. Cela va durer environ 90 minutes avec une pause d'environ 10 minutes. Les paroles seront enregistrées. Si vous le préférez, l'entrevue peut être en wolof.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation pourrait vous permettre de faire connaître vos idées et opinions sur les dons de médicaments de sorte qu'on puisse les améliorer afin de respecter votre culture. Vous le faites pour le bien du poste de santé et du village.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Le temps que vous devrez consacrer à l'entrevue constitue un inconvénient.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ :

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Tous les membres du projet sont liés par un engagement à la confidentialité. Pour les entretiens de groupe : Aussi, en acceptant de participer à cette entrevue, vous vous engagez à garder confidentiels les propos dits par les autres. Pour ne pas qu'on vous reconnaisse lors de l'analyse et de la présentation des résultats, vous serez identifié par un code (patient 1, 2, 3...; responsable 1, 2, 3...). Les enregistrements seront détruits après leur transcription. Les données pourront être publiées dans des revues professionnelles et scientifiques, mais il sera impossible de vous identifier.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Aucune compensation, matérielle ou en argent, n'est prévue pour votre participation.

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Les résultats seront publiés dans la thèse doctorale de Roxane Aubé. De plus, en 2018, les résultats seront diffusés lors de présentation scientifique dans des congrès au Canada et possiblement ailleurs dans le monde ainsi que dans des articles de revues professionnelles et scientifiques.

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les résultats ne seront pas commercialisés. L'étudiante-chercheuse déclare qu'il pourrait y avoir apparence de conflit d'intérêts et de double rôle compte tenu de sa fonction de secrétaire générale pour IISF. La recherche se fait avec la participation de IISF, des coopérants et des partenaires sénégalais. Le but est d'améliorer les dons de médicaments qui sont remis dans ce village. Chaque étape de la recherche sera validée par un comité afin de considérer l'opinion de tous.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à M. Malick Faye. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions. Votre refus ne changera en aucun cas la qualité ou la quantité des services auxquels vous pourriez éventuellement avoir droit dans le contexte de la Mission.

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec M. Malick Faye en personne ou par téléphone au numéro : (221) 77 421-08-51.

Annexe 20 : Synthèse globale des perceptions des participants entourant les dons de médicaments lors des MMCT de IISF au Sénégal

Thèmes	Perceptions
Acte de donner	
Donner pour répondre aux besoins des bénéficiaires	<p>Le don de médicaments est perçu comme...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une aide nécessaire et essentielle • Une aide utile • Une aide en quantité maximale
Donner par altruisme	<ul style="list-style-type: none"> • Un geste de générosité • Une forme de partage des ressources
Donner par redevabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Une forme de remerciement pour l'accueil • Une forme de compensation de l'impact des coopérants sur le milieu clinique • Une forme d'engagement entre IISF et son partenaire
Donner pour faciliter la prescription	<ul style="list-style-type: none"> • Un outil de travail facilitant et sécuritaire pour les coopérants
Expériences des dons de médicaments durant les trajectoires	
Formation pré-départ	<ul style="list-style-type: none"> • Moment important pour sensibiliser les coopérants aux bonnes pratiques des dons de médicaments
Collecte des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Source de motivation pour les coopérants • Élément inhérent de l'expérience humanitaire
Préparation des valises	<ul style="list-style-type: none"> • Activité significative pour voir le « fruit de des efforts » de la collecte de médicaments
Donation	<ul style="list-style-type: none"> • Moment-clé de croisement des attentes • Expression de la satisfaction ou de la déception du partenaire • Sentiment de fierté, de tristesse ou de colère ressenti par les coopérants
Gestion locale	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de confiance et de méfiance à l'égard de la gestion des dons de médicaments
Réflexions au retour sur les dons de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Le don de médicaments est intégré au sens humanitaire • Le don de médicaments doit être questionné en fonction de sa portée réelle et de ses conséquences potentielles • Le don de médicaments doit être cessé complètement
Critères d'un bon et mauvais don de médicaments	
Utilité	Un bon don de médicaments est perçu comme...
Quantité	<ul style="list-style-type: none"> • Composé de médicaments utiles (basés sur les besoins exprimés, adapté aux conditions locales, de format pratique et avec une variété de molécules)
Efficacité	
Péremption	

- Respect des normes
- Composé de médicaments efficaces (molécules simples, stables et performantes)
 - Composé de médicaments non périmés
 - En grande quantité
 - Ayant respecté les normes (internationales, nationales et locales)
- Un mauvais don de médicaments est perçu comme...
- Composé de médicaments inutiles (ne répondant pas aux besoins, inadaptés au profil épidémiologique)
 - Composé de médicaments inefficaces (effets indésirables, non performant)
 - Composé de médicaments périmés
 - En quantité insuffisante ou en surabondance
 - N'ayant pas respecté les normes nationales (confiscation)

Avantages et inconvénients des dons de médicaments

- Symboliques** Les avantages symboliques perçus des dons de médicaments sont :
- Promotion de IISF et du partenaire (image positive, promotion du Poste et attraction des patients)
- Les inconvénients symboliques perçus des dons de médicaments sont :
- Source de tensions (pression sur le personnel du Poste)
 - Survalorisation des médicaments canadiens
- Économiques** Les avantages économiques perçus des dons de médicaments sont :
- Source de revenus (appui financier direct par la revente des médicaments, appui indirect à la communauté par l'amélioration des infrastructures et des services de santé)
 - Apport gratuit en médicaments (renforcement des stocks en médicaments, prévention des ruptures de stocks)
 - Renforcement des capacités du partenaire
- Les inconvénients économiques perçus des dons de médicaments sont :
- Gestion difficile pour le partenaire (surplus de travail)
 - Attentes et dépendances vis-à-vis l'appui en médicaments
- Thérapeutiques** Les avantages thérapeutiques perçus des dons de médicaments sont :
- Amélioration de la prise en charge des patients (meilleur choix thérapeutique pour les prescripteurs, meilleure accessibilité des médicaments pour les patients, traiter un plus grand nombre de personnes, renforcement de la santé communautaire)
- Les inconvénients thérapeutiques perçus des dons de médicaments sont :
- Risque de pratiques inadéquates des prescripteurs (sous-prescription, erreurs de prescription et de distribution, suivis cliniques difficiles des patients)
-

Annexe 21 : Liste des participants

Administrateurs IISF	Coopérants	Bénéficiaires
#1 Président #2 Pharmacien-conseil #3 Coordonnateur aux projets #4 Administratrice #5 Coordonnatrice siège social #6 Médecin-conseil #7 Administratrice #8 Administratrice #9 Trésorier	<p>Responsables de groupe et année de leur MMCT : (certaines étaient dans le même groupe)</p> #1 (2015) #2 et #3 (2015, 2017, 2018) #4 (2016, 2017, 2018) #5 et #6 (2017) #7, #8, #9, #10 (2017) #11 (2018) <p>Groupes accompagnés au Sénégal Coopérants groupe Universitaire (2017) #2 à #28</p> <p>Coopérants groupe Professionnel (2017) #29 à #32</p> <p>Coopérants groupe Collégial (2018) #33 à #42</p>	<p>Responsables locaux : #1 Infirmier-chef #2 Président Comité de santé #3 Assistant médecin chef de district #4 Pharmacienne PRA #5 Coordonnateur PRA #6 Chef de village #7 Coordonnateur national IISF</p> <p>Personnel du Poste : #1 Traducteur #2 Matrone #3 Vendeuse ticket #4 Matrone #5 Traducteur #6 Agent de santé communautaire #7 Traducteur #8 Dépositaire #9 Traducteur #10 Matrone #11 Chauffeur #12 Dépositaire #13 Infirmier #14 Sage-femme</p> <p>Patients #1 à #9</p>

