



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Santé publique

Dons de médicaments en mission médicale au Sénégal : regards croisés entre infirmières et infirmiers sans frontières et leur partenaire



Medication donations in medical missions in Senegal: Cross-perspectives from Nurses Without Borders and their partner organization

Roxane Aubé(PhD) (conseillère scientifique IISF) , Oscar Labra(PhD) (professeur titulaire)*

École de travail social, université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, Québec, Canada

INFO ARTICLE

Mots clés :
 Don de médicaments
 Mission médicale à court terme
 Perception
 Sénégal

Keywords:
 Medication donation
 Perception
 Sénégal
 Short-term medical missions

RÉSUMÉ

Introduction : En dépit de l'existence de standards pour encadrer la pratique des dons de médicaments lors des missions médicales à court terme, de nombreuses lacunes surviennent tout au long de leurs trajectoires et peuvent induire des conséquences néfastes pour les bénéficiaires.

Objectif : Le but principal de cette étude était de décrire les perceptions du don des médicaments entre Infirmières et infirmiers sans frontières et son partenaire.

Méthodologie : Un devis de recherche-action ethnographique a été choisi.

Résultats : Les perceptions des participants : celles-ci révèlent que ces dons sont un acte chargé de sens, que certaines étapes des trajectoires sont significatives à leur expérience et des conséquences économiques, thérapeutiques et symboliques ont été perçues, suggérant qu'ils peuvent être à la fois bénéfiques et nuisibles.

Conclusion : Le don de médicaments dépasse la dimension matérielle et s'inscrit dans un système relationnel et symbolique plus vaste, renforçant les liens entre donateurs et bénéficiaires tout en soulevant des enjeux sur ses impacts.

ABSTRACT

Introduction: Despite the existence of standards governing medication donation practices during short-term medical missions, several gaps persist throughout the process and may lead to adverse consequences for recipients.

Objective: This study aimed to describe perceptions of medication donation among Nurses Without Borders and its partner organization.

Methodology: An ethnographic action research design was employed.

Results: Participants' perceptions indicate that these donations are meaning-laden acts, that certain stages of the process hold particular significance in their experience, and that economic, therapeutic, and symbolic consequences are associated with them, suggesting that such donations can be both beneficial and harmful.

Conclusion: Medication donation extends beyond its material dimension and is embedded within a broader relational and symbolic system, strengthening ties between donors and recipients while also raising important questions about its impacts.

1. Introduction

La pratique des dons de médicaments entre Infirmières et infirmiers sans frontières (IISF) et son partenaire est composée de diverses étapes informelles et implicites. D'abord, l'organisme établit le processus de-

vant 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. Aussi, ces dons doivent respecter les principes directeurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1], 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 [2]. Ces règles sont présentées par l'IISF aux coopérants lors de la formation pré-départ. Ensuite, ces derniers collectent les médica-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : oscar.labra@uqat.ca (O. Labra).

ments, 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 diagnostique et prescrivent un traitement qui doit être validé par un prescripteur local. Le patient achète ses médicaments et reçoit les indications sur la prise de sa médication. Certains patients reviennent pour un suivi clinique.

En contexte de missions médicales à court terme (MMCT), les dimensions collaborative et égalitaire du partenariat sont également largement reconnues comme des principes éthiques et de pratiques exemplaires [3]. 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 [4]. 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 [5]. 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.

Par ailleurs, l'offre gratuite de médicaments par certaines MMCT peut instaurer un système parallèle aux services locaux et soulever des enjeux éthiques d'accès et d'équité. Les débats récents en éthique de la santé mondiale soulignent que l'accès aux médicaments en contexte humanitaire renvoie à des questions structurelles de justice distributive et de responsabilité transnationale des acteurs de santé [6]. D'un autre côté, lorsque les dons de médicaments répondent aux besoins des bénéficiaires, ils sont particulièrement utiles à l'organisme d'accueil des MMCT car ils permettraient d'augmenter leurs stocks en médicaments et d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé [7].

Par ailleurs, les bonnes pratiques de certaines MMCT ont fait une analyse préliminaire des besoins du partenaire et ont appliqué certains des principes directeurs de l'OMS [4]. En outre, si certaines MMCT ont vérifié les questions liées à l'importation des médicaments [8], cette mesure demeure peu appliquée [9]. Malheureusement, les démarches pour la planification des dons de médicaments sont peu détaillées dans les écrits portant sur la préparation des MMCT [10] et dans les études réalisées auprès de celles-ci [11].

2. Cadre conceptuel

Ce cadre conceptuel se base sur le concept du don. Le don est décrit à partir des travaux de Godbout [12–14]. Godbout qualifie de don ' toute prestation de bien ou de service effectué, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes ' [12]. Il a donc des valeurs d'échange et d'usage. L'auteur lui ajoute la valeur de lien, puisqu'il contribue à renforcer des liens sociaux entre le donateur et le donataire. 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 [13]. Les dons, tels que ceux de médicaments, ne sont pas que matériels. Ils contiennent une valeur de lien intrinsèquement connectée à l'expérience des acteurs. 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 [14]. Ces situations peuvent engendrer de l'insécurité, de la dépendance et l'absence de pouvoir du receveur [14].

3. Méthodologie

Pour explorer l'expérience des acteurs avec la trajectoire 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 [15]. Pour y parvenir, cette étude s'est inspirée de la recherche-action-ethnographique (RAE), selon ses quatre étapes [16] : (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.

3.1. Instrument de collecte des données

L'observation participante et des entretiens individuels et de groupe ont été utilisés afin de répondre au but de l'étude et favoriser la triangulation des sources, des méthodes et des chercheurs [17]. Des entretiens individuels et de groupe semi-dirigés ont été menés avec chacun des groupes de participants. Au total, 48 entretiens individuels (durée moyenne de 60 min), ont été réalisés au Québec et au Sénégal (huit avec les administrateurs, onze 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). Les entrevues ont été validées par le comité de recherche puis par le directeur de recherche. Enfin, un journal de bord a été utilisé par la chercheuse.

3.2. Population à l'étude et échantillon

Les participants de cette étude ont été sélectionnés par une technique d'échantillonnage non probabiliste [15] à partir de critères prédéfinis pertinents par rapport à l'objet et aux objectifs de recherche [18]. 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 l'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).

3.3. Recrutement des participants

Au total, huit administrateurs (deux directeurs, deux conseillers, deux coordonnateurs et deux administrateurs) et onze responsables de groupe (provenant de cinq groupes infirmiers et d'un groupe d'ambulanciers paramédicaux), 38 coopérants, sept responsables locaux, 14 membres réguliers du personnel du poste et neuf patients ont été recrutés. 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 [15], à l'exception des ' patients ' où la saturation empirique n'a pas été obtenue.

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. Avant l'entretien, ils pouvaient poser leurs questions et, sur la base du volontariat, étaient invités à le signer. Pour les groupes qui étaient accompagnés au Sénégal par la chercheuse, la première rencontre d'information se déroulant plusieurs mois avant leur départ, une deuxième rencontre était prévue après leur arrivée au Sénégal. Pour les bénéficiaires, il leur a été proposé de faire un consentement écrit ou verbal.

3.4. Analyse des données

Les analyses ont été faites à partir d'une démarche d'analyse thématique. Selon Paillé et Mucchielli, l'analyse thématique ' consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus ' [19].

3.5. Considérations éthiques

Le projet a obtenu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche de l'université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Pour les activités de recherche au Sénégal, le projet a obtenu l'approbation

Tableau 1

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

éthique du Comité national d'éthique pour la recherche en santé du Sénégal.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Le **Tableau 1** présente les caractéristiques sociodémographiques des 87 participants répartis en six groupes d'acteurs. L'âge moyen global est de 35 ans, avec une variation importante selon les groupes, et des âges allant de 18 à 71 ans. L'échantillon est majoritairement féminin (61 femmes contre 26 hommes), ce qui reflète la forte présence des femmes dans les professions liées aux soins. Les coopérants constituent le groupe le plus important ($n = 38$) et sont également les plus jeunes (âge moyen de 24 ans). Ils s'agit majoritairement de femmes occupant principalement des fonctions d'infirmières ($n = 26$) ou d'étudiantes en soins infirmiers ($n = 10$). Les responsables de groupe ($n = 11$), exclusivement féminines, ont un âge moyen de 45 ans et sont majoritairement infirmières.

Les administrateurs ($n = 8$) et les responsables locaux ($n = 7$) présentent une moyenne d'âge plus élevée (40 et 48 ans respectivement), avec davantage d'hommes. Le personnel du poste de santé ($n = 14$) a une répartition relativement équilibrée entre femmes et hommes et occupe principalement des fonctions autres qu'infirmières. Enfin, le groupe des patients ($n = 9$) présente un âge moyen de 39 ans et une distribution relativement équilibrée.

4.2. Perceptions sur l'acte de donner des médicaments

La première perception attribuée au don de médicaments est de donner par altruisme. Celle-ci concerne la dimension humaine du don, et, plus globalement, 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 pis 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)

Une autre 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.

Les participants ont parlé d'une perception associée à 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).

4.3. Perceptions d'un bon et d'un mauvais don de médicaments

La première perception soulevée par les participants pour qualifier un don de médicaments est le critère d'utilité. 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).

La quantité est la deuxième perception ayant émergé des propos tenus par les participants pour qualifier un don de médicaments. Ainsi, le bon don de médicaments est lorsque la quantité de médicaments est suffisante, appropriée, voire sans limite : *‘ [Un bon don de médicaments c'est] d'apporter le plus de valises possibles. ’* (Responsable de groupe #4).

La quatrième perception est la péremption. De manière univoque, 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) Pour eux, cela n'a pas de sens de remettre des médicaments périmés : *‘ Les choses passées date mois dans ma tête ça n'a aucun sens. ’* (Responsable de groupe #1).

4.4. Perceptions des conséquences des dons de médicaments

Les participants ont la perception que les dons de médicaments contribuent à la promotion de l'IISF en projetant l'image positive.

‘ [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 et c'est gagnant pour vous parce que vous allez un peu chercher de ce crédit-là. ’ (Responsable de groupe #11).

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. 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).

‘ Cela m'est arrivé aussi. Une dame 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 de 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". ’* Autre inconvénient symbolique des dons de médicaments soulevé par les participants est la survalorisation 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), ' Je pense qu'ils 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).

5. Discussion

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. La perception du don 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.* [20] 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 en l'avant par Stone et Olson [21] 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.* [22] 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.* [11], 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.

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.* [23]. La quatrième perception, donner pour faciliter la prescription des coopérants, est originale car les dons de médicaments sont aussi perçus comme un outil de travail. Lors d'une MMCT, il est important que les coopérants connaissent les médicaments qu'ils utilisent lors de leurs interventions [24]. Toutefois, on peut aussi critiquer le fait de n'apporter que des médicaments connus par les coopérants, qui peut être perçu comme un don égoïste puisque les MMCT privilégient ce qui leur sont d'abord bénéfiques à eux et non pas aux bénéficiaires [25]. Néanmoins, une solution intermédiaire peut être proposée telle qu'apporter des médicaments inscrits sur la liste du partenaire mais qui sont également connus des coopérants.

L'acte de donner des médicaments est perçu comme chargé de significations. Ce résultat s'appuie d'une part sur les perceptions positives que les dons sont utiles et nécessaires comme cela est rapporté ailleurs [26]. Pour terminer, les thèmes discutés plus 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 [22], il ne faut pas surestimer la place prise par ces derniers dans la relation.

6. Conclusion

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 (par altruisme, par redevabilité et pour faciliter la prescription des coopérants). De plus, ces résultats démontrent 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.

6.1. Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites à considérer dans l'interprétation des résultats. Bien que la collaboration Québec-Sénégal ait constitué une force, la réorganisation du comité de recherche en deux sous-comités a pu influencer la dynamique collaborative et le sentiment d'appartenance de certains membres. Par ailleurs, l'absence d'évaluation formelle de l'expérience des chercheurs limite l'appréciation du processus collaboratif. La position de la chercheuse, liée à sa connaissance préalable du milieu et à son expérience professionnelle, a facilité l'accès au terrain, tout en pouvant influencer certaines interactions ou interprétations. Enfin, des contraintes méthodologiques doivent être soulignées, notamment le nombre restreint d'entretiens avec les patients et l'absence de double vérification de la traduction des entretiens réalisés en wolof. Comme dans toute recherche-action, les résultats demeurent fortement ancrés dans le contexte étudié et doivent être interprétés avec prudence quant à leur transférabilité.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène publique du Sénégal. Arrêté ministériel no 7137 MSPHP-DPL fixant les conditions d'importation, de gestion et d'utilisation des dons de médicaments au Sénégal. In: Journal officiel de la République du Sénégal; 2009, no 6497 <https://arp.sn/wp-content/uploads/2023/05/IMPORTATION-GESTION-DE-DONS31102017122407911-1.pdf>.
- [2] Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène publique du Sénégal (MSPHP). Arrêté ministériel n° 7137 MSPHP-DPL fixant les conditions d'importation, de gestion et d'utilisation des dons de médicaments au Sénégal. 2009. <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article7763>.
- [3] Cheng MY, Rodriguez E. Short-term medical relief trips to help vulnerable populations in Latin America. Bringing clarity to the scene. Int J Env Res Public Health 2019;16(5):745.
- [4] Scopelliti EM, Kim J, Falter R. The impact of a short-term medical mission trip: evaluation of pharmacy interventions and perceived clinical competence in an inter-professional setting. Curr Pharm Teach Learn 2014;6:353–8.
- [5] Lough BJ, Tiessen R, Lasker JN. Effective practices of international volunteering for health: perspectives from partner organizations. Global Health 2018;14(1):1–11.
- [6] Ching C, Zaman MH. Mapping a way to displaced persons' access to quality medicines. AMA J Ethics 2024;26(4):E341–7.
- [7] Permaul Flores H, Kohler J, Dimancesco D, Wong A, Lexchin J. Medicine donations: a review of policies and practices. Global Health 2023;19(1):67.
- [8] Weng YH, Chiou HY, Tu CC, Liao ST, Bhembe PT, Yang CY, et al. Survey of patient perceptions towards short-term mobile medical aid for those living in a medically underserved area of Swaziland. BMC Health Serv Res 2015;15(524):1–8.
- [9] Rowthorn V, Loh L, Evert J, Chung E, Lasker J. Not above the law: a legal and ethical analysis of short-term experiences in global health. Ann Glob Health 2019;85(1):1–12.
- [10] Kalbarczyk K, Nagourney E, Martin N, Chen V, Hansoti B. Are you ready? A systematic review of pre-departure resources for global health electives. BMC Med Educ 2019;19(1):71–8.
- [11] Nouvet E. Extra-ordinary aid and its shadows: the work of gratitude in Nicaraguan humanitarian healthcare. Crit Anthropol 2016;36(3):244–63.
- [12] Godbout JT, Caillé A. L'Esprit du don. 2e éd. Paris: La Découverte; 1995.
- [13] Godbout JT. Ce qui circule entre nous. Donner, recevoir, rendre. Paris: Seuil; 2007.
- [14] Godbout JT. Bénévolat en soins palliatifs et esprit du don. In: Sévigny A, Champagne M, Guirguis-Younger M, editors. Le bénévolat en soins palliatifs ou l'art d'accompagner. Québec (Canada): Presses de l'Université Laval; 2013. p. 15–27.
- [15] Pires AP. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In: Poupart J, Groulx LH, Deslauriers JP, et al., editors. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaëtan Morin; 1997. p. 113–72.
- [16] Tacchi J, Foth M, Hearn G. Action research practices and media for development. Int J Educ Dev Using Inf Commun Technol 2009;5(2):1–19.
- [17] Savoie-Zajc L. La recherche qualitative/interprétative en éducation. In: Karsenti T, Savoie-Zajc L, editors. La recherche en éducation : étapes et approches. 3e éd. Éditions du CRP; 2004. p. 142–8.
- [18] Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifique-valide? Rech Qual (hors-série) 2007;5:99–111 http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors-serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf.
- [19] Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2008.
- [20] Wilson JW, Merry SP, Franz WB. Rules of engagement: the principles of underserved global health volunteerism. Am J Med 2012;125(7):612–7.

- [21] Stone GS, Olson KR. The ethics of medical volunteerism. *Med Clin North Am* 2016;100(2):237–46.
- [22] DeCamp M, Enumah S, O'Neill D, Sugarman J. Perceptions of a short-term medical programme in the Dominican Republic: voices of care recipients. *Glob Public Health* 2014;9(4):411–25.
- [23] Aluri J, Moran D, Kironji AG, Carroll B, Cox J, Chen CCG, et al. The ethical experiences of trainees on short-term international trips: a systematic qualitative synthesis. *BMC Med Educ* 2018;18(1):324.
- [24] Brown DA, Ferrill MJ. Planning a pharmacy-led medical mission trip, part I: focus on medication acquisition. *Ann Pharmacother* 2012;46(5):751–9.
- [25] Berry NS. Did we do good? NGOs, conflicts of interest and the evaluation of shortterm medical missions in Solola, Guatemala. *Soc Sci Med* 2014;120:344–51.
- [26] Green T, Green H, Scandlyn J, Kestler A. Perceptions of short-term medical volunteer work: a qualitative study in Guatemala. *Global Health* 2009;5:4.