



**HAL**  
open science

# Expérience vécue par les médecins généralistes de Trèbes lors de l'attaque terroriste et des inondations de 2018

Belinda Baert

## ► To cite this version:

Belinda Baert. Expérience vécue par les médecins généralistes de Trèbes lors de l'attaque terroriste et des inondations de 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03529672

**HAL Id: dumas-03529672**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03529672v1>**

Submitted on 17 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par  
**Belinda BAERT**

le 10 décembre 2020

TITRE

**« EXPERIENCE VECUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES  
DE TREBES LORS DE L'ATTAQUE TERRORISTE  
ET DES INONDATIONS DE 2018. »**

Directeur de thèse : Docteur CLARY Bernard

**JURY**

Président :

- Monsieur le Professeur BACCINO Eric

Assesseurs :

- Monsieur le Professeur AMOUYAL Michel

- Monsieur le Professeur CLARY Bernard

- Monsieur le Docteur DAUBIN Bruno

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par  
**Belinda BAERT**

le 10 décembre 2020

TITRE

**« EXPERIENCE VECUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES  
DE TREBES LORS DE L'ATTAQUE TERRORISTE  
ET DES INONDATIONS DE 2018. »**

Directeur de thèse : Docteur CLARY Bernard

**JURY**

Président :

- Monsieur le Professeur BACCINO Eric

Assesseurs :

- Monsieur le Professeur AMOUYAL Michel

- Monsieur le Professeur CLARY Bernard

- Monsieur le Docteur DAUBIN Bruno

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 – 2020**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

---

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves	FREREBEAU Philippe
ALRIC Robert	GALIFER René Benoît
ARNAUD Bernard	GODLEWSKI Guilhem
ASTRUC Jacques	GRASSET Daniel
AUSSILLOUX Charles	GUILHOU Jean-Jacques
AVEROUS Michel	HERTAULT Jean
AYRAL Guy	HUMEAU Claude
BAILLAT Xavier	JAFFIOL Claude
BALDET Pierre	JANBON Charles
BALDY-MOULINIER Michel	JANBON François
BALMES Jean-Louis	JARRY Daniel
BALMES Pierre	JOURDAN Jacques
BANSARD Nicole	LAFFARGUE François
BAYLET René	LALLEMANT Jean Gabriel
BILLIARD Michel	LAMARQUE Jean-Louis
BLARD Jean-Marie	LAPEYRIE Henri
BLAYAC Jean Pierre	LE QUELLEC Alain
BLOTMAN Francis	LESBROS Daniel
BONNEL François	LOPEZ François Michel
BOURGEOIS Jean-Marie	LORIOT Jean
BRUEL Jean Michel	LOUBATIERES Marie Madeleine
BUREAU Jean-Paul	MAGNAN DE BORNIER Bernard
BRUNEL Michel	MARY Henri
CALLIS Albert	MATHIEU-DAUDE Pierre
CANAUD Bernard	MEYNADIER Jean
CHAPTAL Paul-André	MICHEL François-Bernard
CIURANA Albert-Jean	MION Charles
CLOT Jacques	MION Henri
COSTA Pierre	MIRO Luis
D'ATHIS Françoise	NAVARRO Maurice
DEMAILLE Jacques	NAVRATIL Henri
DESCOMPS Bernard	OTHONIEL Jacques
DIMEGLIO Alain	PAGES Michel
DUBOIS Jean Bernard	PEGURET Claude
DUJOLS Pierre	PELISSIER Jacques
DUMAS Robert	POUGET Régis
DUMAZER Romain	PUJOL Henri
ECHENNE Bernard	RABISCHONG Pierre
FABRE Serge	RAMUZ Michel

RIEU Daniel  
ROCHFORT Henri  
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre  
SAINT AUBERT Bernard  
SANCHO-GARNIER Hélène  
SANY Jacques  
SEGNARBIEUX François

SENAC Jean-Paul  
SERRE Arlette  
SOLASSOL Claude  
THEVENET André  
VIDAL Jacques  
VISIER Jean Pierre

### **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude  
BLANC François  
BOULENGER Jean-Philippe  
BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DAVY Jean-Marc  
DEDET Jean-Pierre  
ELEDJAM Jean-Jacques  
GROLLEAU RAOUX Robe  
GUERRIER Bernard  
GUILLOT Bernard  
LANDAIS Paul

MARES Pierre  
MAUDELONDE Thierry  
MAURY Michèle  
MILLAT Bertrand  
MONNIER Louis  
MOURAD Georges  
PREFAUT Christian  
PUJOL Rémy  
RIBSTEIN Jean  
SCHVED Jean-François  
SULTAN Charles  
TOUCHON Jacques  
UZIEL Alain  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

## **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive

FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie



## **PU-PH de 1re classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

## PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri- opératoire
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie



SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

### **1re classe :**

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

### **2ème classe :**

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

### **1re classe :**

LAMBERT Philippe

### **2ème classe :**

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire



OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### **MCU-PH de 2ème classe**

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie-pathologiques

## **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

### **MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

## **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

# REMERCIEMENTS

## JURY

**Monsieur le Professeur BACCINO Eric**, *président du jury, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier du Service de Médecine Légale* : Merci, Monsieur, de m'avoir fait l'honneur de relire mon travail et d'avoir accepté de présider ce jury. Il était important à mes yeux de pouvoir vous présenter ce travail, connaissant l'intérêt particulier que vous avez porté à la place de la Médecine Légale après des attentats. Soyez assuré de toute ma gratitude pour l'intérêt que vous avez montré pour cette étude.

**Monsieur le Professeur AMOUYAL Michel**, *premier assesseur, Professeur des Universités de Médecine Générale* : Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'apporter votre regard expérimenté sur mon travail.

**Monsieur le Docteur CLARY Bernard**, *deuxième assesseur et directeur de thèse, Professeur associé de Médecine Générale* : Merci de m'avoir fait confiance pour la réalisation de ce travail très personnel. Je te remercie également pour l'accompagnement depuis mon stage en SASPAS à Trèbes, qui aura définitivement marqué ma carrière. J'ai eu plaisir à travailler à tes côtés. Je n'oublie pas non plus ton écoute et ton soutien.

**Monsieur le Docteur DAUBIN Bruno**, *maître de stage lors du stage ambulatoire en Médecine Générale et lors de mon SASPAS* : Merci pour tous tes conseils, tes encouragements et la bienveillance apportée depuis mon premier stage à Coursan aussi bien dans le cadre de ma formation médicale qu'en dehors.

Je dédie cette thèse aux Médecins Généralistes de Trèbes.

Je vous remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de partager vos expériences. J'ai été très touchée par chacun de vos témoignages.

Une pensée particulière pour Philippe ; merci d'avoir partagé ta passion pour la Médecine de l'Humain au cours de mon stage en SASPAS.

Je pense aussi aux secrétaires Rose-Marie, Sandrine, Cécile et Céline, qui ont également vécu l'ensemble de ces événements et m'ont apporté beaucoup de bienveillance.

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

Tout d'abord, Romy, ma fille adorée et ma plus belle réussite. Tu es la plus belle des motivations qui soit. Je t'aime.

Evidemment à ma maman, qui a toujours cru en moi. Merci pour ton éducation et tes encouragements tout au long de mes études.

Ma mamie adorée, si j'en suis là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à toi. J'espère faire ta fierté. Je n'oublierai jamais toutes les valeurs également transmises par papi.

A ma sœur Laetitia, merci pour ta présence malgré l'océan qui nous sépare et tes encouragements. Un grand merci pour ta relecture minutieuse et tous tes conseils dans la dernière ligne droite. Merci à Yann aussi pour sa gentillesse depuis toutes ces années.

A mes frères Sébastien et Florian, et bien sûr leurs moitiés, Marion et Audrey. Merci d'avoir pris soin de moi malgré la distance. Maintenant c'est à mon tour de prendre soin de vous ! J'embrasse très fort tous mes neveux et nièces adorés (Lylian, Ileana, Mathieu, Emmie, Romain, Evan et Manon).

Merci à Pierre qui m'a soutenue tout au long de mes études.

Barbara et Eric, je vous remercie infiniment pour votre immense soutien de ces dernières années et toutes ces journées où vous vous êtes occupés de Romy pour me permettre de me consacrer à ce travail. Je tiens également à remercier Amandine, Matthieu, Adriana et Simone pour leur présence.

Marine, mon amie d'enfance, ma sœur de cœur. Que de chemin parcouru depuis notre rencontre à l'Auberge ! Merci pour ton amour indéfectible et ta folie.

Camille, que dire « ma jumelle » ? Il s'en est passé tellement depuis nos années lycée ! Merci pour tes conseils en tout genre et tout le réconfort que tu m'apportes.

Kévin mon binôme de P1. Clairement je te dois ma P1 ! Je n'oublie pas tous les fous rires entre deux heures de révision et tes repas à base de jambon/pâtes !

Mathilde, mon binôme si précieux d'externat... Merci pour tes encouragements, ton amour et ta présence même si des centaines de kilomètres nous séparent maintenant. Je suis très fière de ton parcours.

Thomas, Olivier, Chloé et Sylvain, merci pour tous ces fous rires, ces soirées et ces moments-étapes de nos vies que l'on partage. Je suis très heureuse d'avoir gardé votre amitié toutes ces années et de vous avoir encore à mes côtés.

Merci à la *dream team* des Urgences de Carcassonne : Oriane, ma binôme adorée, je ne pouvais espérer mieux comme rencontre en ce premier semestre (« Ah bon ? ») ; Lucie, qui complétait très bien les trois petits cochons ; Virginie l'infatigable ! Marie (alias Bistouk) pour ta bonne humeur constante ! Marine et QBOUL aussi ! Yassin, qui aurait cru qu'on se suivrait tout ce temps, j'ai l'impression que tu vas devoir me supporter quelques temps encore ! Et évidemment je remercie tous les autres Carcassoulets pour avoir su apprécier mes « urgences colères » !

Ma Sarah, une très belle amitié née sous le soleil biterrois. J'espère que nous aurons maintenant d'autres occasions de créer de nouvelles chorégraphies sur Amir avec notre acolyte Oriane !

Je pense aussi à l'internat Béziers *summer* 2016 : Amin, Moka, Hugo, Manon, Codruta, Guillaume, Sichan et tous les autres.

Mon Paulo, ami et néanmoins colocataire de choc, merci pour nos discussions sans filtre.

Flore, je te remercie pour ta bonne humeur et ton dynamisme qui m'auront donné de la motivation !

Merci à mes anciennes co-internes d'endocrinologie Camille, Anne-Claire, Jeanne, Fanchon et Caroline de m'avoir supportée pendant ce stage qui a mis mes nerfs à rude épreuve !

Un immense merci à l'ensemble de la MSP de Cazilhac pour m'avoir adoptée et soutenue ces deux dernières années. Benoit, Alex et Marine, je suis contente de pouvoir enfin officialiser notre collaboration. Mention spéciale à toi, Marine, je te serai éternellement reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour contribuer à mon épanouissement aussi bien professionnel que personnel. Merci à Toinou aussi. Et le reste de la meute, Emilie et Sarah, merci pour les fous rires qui, je l'espère, seront encore nombreux.

Et enfin, merci à toi, Florian, pour ton « investissement », tes encouragements et ton amour dans ce sprint final !

# SOMMAIRE

<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Matériel et Méthode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Type d'étude</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Echantillonnage</b> .....	<b>4</b>
<b>2.3 Recueil des données</b> .....	<b>4</b>
<b>2.4 Transcription</b> .....	<b>7</b>
<b>2.5 Etapes de l'analyse</b> .....	<b>7</b>
2.5.1 Codification initiale.....	7
2.5.2 Catégorisation .....	8
2.5.3 Mise en relation.....	8
2.5.4 Réorganisation des données .....	8
<b>2.6 Critères de validité</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Résultats</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1 Population d'étude</b> .....	<b>10</b>
<b>3.2 Catégories conceptualisantes</b> .....	<b>11</b>
3.2.1 Vécu du médecin du point de vue personnel.....	11
3.2.2 Vécu en tant que médecin.....	13
3.2.3 Propositions des MG .....	17
<b>4. Discussion</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Forces de l'étude</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2 Limites de l'étude</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3 Forces et faiblesses des résultats en comparaison avec la littérature</b> .....	<b>19</b>
4.3.1 Vécu personnel des médecins.....	19
4.3.2 Vécu professionnel des médecins .....	19
4.3.3 Propositions des MG .....	20
<b>5. Conclusion</b> .....	<b>22</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>23</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>25</b>
<b>A. Fiche de consentement</b> .....	<b>25</b>
<b>B. Verbatim</b> .....	<b>25</b>
<b>Serment</b> .....	<b>26</b>
<b>Permis d'imprimer</b> .....	<b>27</b>



## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>BB</b>	Belinda BAERT
<b>BC</b>	Bernard CLARY
<b>COREQ</b>	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
<b>CUMP</b>	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
<b>E(n)</b>	Echantillonnage
<b>IMPACTS</b>	Investigation des Manifestations sanitaires Post-Attentats et Accompagnement des Conduites Thérapeutiques ou de Soutien
<b>MG</b>	Médecin Généraliste
<b>SASPAS</b>	Stage Ambulatoire en Soins Premiers en Autonomie Supervisée
<b>TCC</b>	Thérapie Cognitive et Comportementale
<b>TSPT</b>	Trouble de Stress Post Traumatique

## 1. INTRODUCTION

Ayant causé la mort de 147 personnes et fait plus de 600 blessés, les attentats qui ont frappé Charlie Hebdo, l'Hyper Cacher et le Bataclan en 2015 ont profondément marqué les Français, s'inscrivant ainsi dans la mémoire collective. Le vécu de tels événements extrêmes est associé à des troubles psychiques et physiques pouvant persister durablement (1).

L'étude IMPACTS (Investigation des Manifestations sanitaires Post-Attentats et Accompagnement des Conduites Thérapeutiques ou de Soutien) réalisée suite à la série d'attentats terroristes survenus en Ile-de-France du 7 au 9 janvier 2015, a montré que parmi les intervenants impliqués dans la réponse aux attentats, 3% ont présenté un trouble de stress post traumatique (TSPT) et 14% au moins ont eu un trouble anxieux. La moitié d'entre eux ont reçu un soutien psychologique suite aux attentats. L'étude a fait ressortir la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé aux conséquences du psycho-traumatisme pour qu'ils soient à même d'assurer un relais thérapeutique efficace (2).

Le 23 mars 2018, l'attaque terroriste de Carcassonne et Trèbes (France) faisait quatre morts (plus l'auteur de l'attaque) et quinze blessés, renforçant la menace terroriste pesant sur la France. Moins de sept mois après cet attentat, le département de l'Aude devait à nouveau faire face à une situation traumatisante avec des inondations ayant entraîné le décès de quatorze personnes dont six dans la commune de Trèbes, et laissé des milliers de sinistrés sous le choc dont certains présentant des TSPT.

Le TSPT est à la fois défini par le moment d'apparition et la durée des symptômes de stress post traumatique. Dans la forme aiguë, la durée des symptômes est comprise entre un et trois mois. Dans la forme chronique, ces symptômes durent plus de trois mois. Enfin, dans les cas d'apparition retardée, de tels symptômes peuvent apparaître plus de six mois après l'évènement traumatique (3).

A ce jour, il existe peu de recommandations sur la prise en charge des victimes d'attentats ou de catastrophes naturelles en soins primaires (4) (5). La majorité des travaux de recherche explorant les expériences vécues lors de ces situations s'intéressent aux services d'intervention et de secours et non aux professionnels de santé « locaux » comme les médecins généralistes (MG). Cependant, ils y sont confrontés autant personnellement que professionnellement, avec la prise en charge précoce des états de stress aigu et à plus long terme avec des TSPT (6) (7). En pratique, les MG ne sont pas intégrés dans les dispositifs nationaux de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (4). Pourtant, ils interviennent après le départ des Cellules d'Urgence Médico-

Psychologique (CUMP) dans le cadre de leurs compétences d'approche globale centrée sur le patient, de continuité et de coordination des soins (8).

Au cours de son Stage Ambulatoire en Soins Premiers en Autonomie Supervisée (SASPAS) du troisième cycle des études médicales à Trèbes, l'investigatrice principale (BB) a été amenée à côtoyer les MG et à prendre en charge des patients ayant vécu ces événements dramatiques dont certaines victimes de TSPT. C'est pour cela que la question de recherche s'est naturellement posée à elle.

Comment les MG vivent-ils ces situations sanitaires ? Comment vivent-ils ces traumatismes personnellement ? Quel est leur ressenti sur leur rôle professionnel ? Pour cela, nous avons mené une étude qualitative avec exploration de l'expérience vécue par les MG suite à l'attaque terroriste et aux inondations qui ont touché la ville de Trèbes en 2018.

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1 Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée (9) avec analyse par catégories conceptualisantes avec comparaison constante. Cette approche était justifiée par l'objectif d'explorer l'expérience vécue des médecins généralistes après cette succession de catastrophes (10). Une catégorie conceptualisante est un outil analytique dynamique. C'est une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. Le travail d'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes implique une intention d'analyse dépassant la stricte synthèse du contenu du matériau analysé en tentant d'accéder directement au sens, et l'utilisation d'annotations traduisant la compréhension à laquelle aboutit l'analyste (11).

### **2.2 Echantillonnage**

Tous les médecins généralistes exerçant à Trèbes au moment de l'attaque terroriste et des inondations de 2018 ont été contactés afin de leur proposer de participer à cette étude en leur exposant son thème.

### **2.3 Recueil des données**

La méthode de recueil des données était basée sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés compréhensifs selon JC Kaufmann (12).

Les médecins ayant accepté de participer au travail de recherche obtenaient un rendez-vous programmé à l'horaire qui leur convenait afin de réaliser l'interview.

Le recueil des données s'est déroulé sur une période de 10 mois de décembre 2018 à octobre 2019, soit entre 2 et 12 mois après les événements. Celui-ci se déroulait dans le cabinet des médecins interrogés et était dirigé par l'investigatrice principale, qui se présentait en tant qu'étudiante en médecine générale menant un travail de recherche de médecine générale dans le cadre d'une thèse de doctorat.

La question de recherche était exposée au médecin de manière à lui montrer son rôle central dans cette enquête.

Leur participation à cette étude a été soumise à la signature d'un formulaire de consentement éclairé par chaque MG interrogé. L'engagement d'une anonymisation de l'entretien leur était assuré dès la retranscription de celui-ci.

Le guide d'entretien avait été conçu par l'investigatrice principale (BB) et le chercheur (BC) comme un « fil conducteur » permettant à l'investigatrice de guider l'interrogatoire. Il comportait des questions ouvertes avec des sous-questions sans ordre nécessairement pré-établi.

L'objectif étant de connaître l'expérience vécue par les MG de Trèbes lors de la succession de deux catastrophes, les questions posées par l'investigatrice devaient faire appel à la mémorisation, à la réflexivité et à la sensorialité du médecin.

## Guide d'Entretien

<b><u>Caractéristiques de l'informateur :</u></b>
Sexe
Age
Nombres d'années d'exercice de la médecine générale
Nombre d'années d'exercice sur Trèbes
Autres activités médicales
<b><u>Conditions de l'entretien :</u></b>
Entretien individuel d'environ 45 minutes à 1 heure
Au cabinet médical de chaque médecin généraliste, au calme, côte à côte.
Enregistrement par dictaphone SONY et HUAWEI.
<b><u>Présentation du projet :</u></b>
<b>Remerciement</b>
« Tout d'abord je vous remercie de bien vouloir participer à ce travail au cours duquel nous allons vous solliciter pour que vous fassiez appel à votre expérience vécue suite aux attentats et aux inondations meurtrières qui ont touché Trèbes cette année. »
<b>Consentement</b>
« Je vous laisse lire le consentement et le signer si vous êtes d'accord. Je vous rappelle que cet entretien sera rendu anonyme dans la retranscription intégrale de l'entretien. »
<b>Poser des questions ouvertes et faire appel à la mémorisation/réflexivité/sensorialité</b>
1/ Souvenez-vous de la journée du 23 mars 2018...
Que s'est-il passé ?
Pourriez-vous me parler de cette journée ?
Comment l'avez-vous vécue ?
2/ Dans les suites immédiates de cette journée quelles ont été les répercussions dans votre pratique ?
Souvenez-vous de faits ou de situations particulières liées à cet évènement qui ont modifié la pratique quotidienne ? Qu'avez-vous ressenti, fait à ce moment-là ?
3/ Dans les mois qui ont suivi dans quel état émotionnel et psychologique étiez-vous ?
Est-ce qu'il y a eu des changements dans votre vie professionnelle, vos activités ?
4/ Nous sommes maintenant le 15 octobre 2018. La commune de Trèbes doit à nouveau faire face à un évènement exceptionnel moins de 7 mois après ces attaques avec des inondations meurtrières ayant fait 1200 sinistrés sur la commune.
Pourriez-vous me dire ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?
Cela a-t-il entraîné un changement dans votre quotidien professionnel ? Si oui, pourriez-vous me donner des exemples ?
Gardez-vous de ces deux expériences des formes de prise en charge qui pourraient vous servir dans des situations identiques ? Lesquelles ?
5/ Selon vous quel est le rôle social des médecins généralistes ?
6/ Est-ce que ces évènements ont modifié votre vision de l'avenir ?
7/ Notre entretien est bientôt terminé. Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

L'entretien était dynamique et basé sur l'interaction. Si une réponse nécessitait des précisions, des questions de relance étaient posées afin d'approfondir le recueil de la pensée du médecin. Plusieurs sortes de relances pouvaient être utilisées : écho-miroir, reformulation, reflet, demande d'informations complémentaires ou d'éclaircissements en évitant les reformulations interprétatives (12).

Le guide d'entretien pouvait donc être adapté à tout moment au fil du recueil des données.

## **2.4 Transcription**

Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone SONY IC RECORDER ICD-UX81 et d'un HUAWEI P20 en mode enregistreur. L'entretien était transcrit intégralement sur traitement de texte Word 2010 par l'investigatrice principale.

L'anonymisation des données était immédiate lors de la transcription. Chaque participant était identifié par E1, E2 etc. L'investigatrice principale était identifiée par ses initiales (BB). Tout nom propre mentionné par un participant était supprimé ou anonymisé.

Le non-verbal (attitude, mimiques, onomatopées etc.) était précisé entre crochets en italique. Les silences étaient représentés par (...). Les mots sur lesquels insistait le participant étaient écrits en majuscule.

Tout médecin en faisant la demande recevait par la suite la transcription intégrale de son entretien par courrier.

Les caractéristiques des médecins interrogés étaient répertoriées dans un tableau reprenant les données de l'échantillonnage avec anonymisation des interviewés.

## **2.5 Etapes de l'analyse**

### **2.5.1 Codification initiale**

La codification initiale constitue le point de départ à toute théorisation ancrée (9). Il s'agit simplement de dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, ligne par ligne, le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse. L'étape de codification est extrêmement importante pour la fiabilité de l'analyse (11).

### **2.5.2 Catégorisation**

Elle consiste à porter l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière plus riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données.

La catégorie doit en effet hisser l'analyse au niveau de la compréhension d'un comportement, d'un phénomène, d'un événement ou d'un élément d'un univers psychologique ou social. Il s'agit bien souvent d'un processus, d'où l'importance d'analyser le corpus sous l'angle de la question « Qu'est-ce qu'il se passe ici ? ». L'utilisation d'un vocabulaire précis est capitale pour la catégorisation. C'est une « opération » intellectuelle qui permet de subsumer un sens plus général sous un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà traités et dénommés (codifiés).

### **2.5.3 Mise en relation**

Cette troisième étape consiste à se livrer systématiquement à la mise en relation des catégories, à trouver des liens qui ont habituellement déjà commencé à s'imposer d'eux-mêmes. Ce travail permet de mettre en relation des catégories qui étaient relativement indépendantes les unes des autres jusqu'à ce que leur lien soit explicité.

Pour ce travail de recherche, nous avons choisi une approche de mise en relation empirique. Elle se rapporte à la mise en relation des catégories à partir d'elles-mêmes et des phénomènes auxquels elles sont associées.

Cette étape permet de passer d'un plan relativement statique à un plan dynamique, de la constatation au récit, de la description à l'explication. Elle recherche les liens entre les régularités tout en tenant compte des pluralités, et ce faisant comporte de brefs moments de déduction logique dans une démarche abductive.

### **2.5.4 Réorganisation des données**

Le quatrième temps était celui de la réorganisation de données sur la base des objectifs de recherche, afin de dégager les concepts exposés, dans le but d'une meilleure lisibilité de l'ensemble. Dans cet objectif, un arbre thématique était construit avec des exemples issus des entretiens, sélectionnés selon leur pertinence pour illustrer chaque thème ou sous-thème. Ces citations sont annotées afin de reprendre l'entretien associé si besoin.

Certains éléments jugés hors sujet et n'apportant pas d'éléments de réponse à notre question de recherche n'ont pas été intégrés à l'analyse définitive.



Nous avons autant que possible pris en considération la « sensibilité théorique et expérientielle » du chercheur (11). Cette sensibilité oriente toujours le regard de l'analyste et par conséquent sa facilité à privilégier une thématization par rapport à d'autres.

Pour la sensibilité expérientielle, ce sont les expériences personnelles, intimes et professionnelles du chercheur qui sont mises à profit. Cette sensibilité va permettre de mettre à profit les mots, les concepts, la terminologie hérités de la formation disciplinaire ou acquis au fil de l'expérience de recherche avec comme objectif de hisser à un niveau adéquat d'abstraction et de valeur descriptive la dénomination qui va tenir lieu de thème.

## **2.6 Critères de validité**

La validité de cohérence est respectée par l'adéquation entre le choix, la conduite et l'explicitation rigoureuse des étapes méthodologiques du travail en conformité avec une recherche de type phénoménologique centrée sur l'expérience vécue.

Nous avons respecté les critères de contrôle COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) pour la rédaction de ce travail (13). Dans un souci de rigueur et afin d'établir la validité de signifiante de l'observation et des interprétations, une analyse croisée de nos entretiens (triangulation de l'investigation) a été faite par le chercheur BC.

### 3. RESULTATS

#### 3.1 Population d'étude

Sur les neuf MG exerçant sur la commune de Trèbes au cours de l'année 2018, huit ont accepté de participer à l'étude et un a refusé.

Les caractéristiques recensées au début de chaque entretien (sexe, âge, années d'exercice de la médecine générale dont celles sur la commune de Trèbes) sont présentées dans le tableau ci-dessous :

ÉCHANTILLONNAGE	SEXE	AGE	ANNÉES D'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE	ANNÉES D'EXERCICE SUR TRÈBES
E1	F	54 ans	27 ans	27 ans
E2	F	60 ans	30 ans	16 ans
E3	M	60 ans	34 ans	34 ans
E4	M	37 ans	5 ans	4 ans
E5	F	37 ans	6 ans	6 ans
E6	M	60 ans	30 ans	30 ans
E7	F	37 ans	8 ans	8 ans
E8	M	58 ans	30 ans	4 ans

L'échantillonnage se composait de quatre femmes et quatre hommes âgés de 37 à 60 ans et exerçant la médecine depuis une durée variant entre 5 et 34 ans.

La durée des entretiens a varié entre 10 et 63 minutes avec une durée moyenne de 35 minutes.

## 3.2 Catégories conceptualisantes

### 3.2.1 Vécu du médecin du point de vue personnel

- **Les MG n'ont pas immédiatement ressenti l'ampleur des évènements, ils ont tenté de poursuivre leur vie habituelle, ce qui les a fait culpabiliser.**

*« Donc on était tous hyper mal à l'aise en fait donc c'est une répercussion immédiate de plein fouet... enfin... on a tellement l'habitude d'être dans notre quotidien sans trop réfléchir à continuer quoi qu'il arrive... » [E5].*

Certains MG ont essayé de poursuivre une vie « normale », ce qui a pu engendrer une certaine culpabilité. Mais il est apparu nécessaire pour certains MG de s'éloigner de Trèbes pour limiter l'épuisement émotionnel :

*« C'est vrai qu'on s'est pas trop... euh... INVESTI dans les nettoyages de la ville parce qu'à chaque fois c'était un planning compliqué. Et du coup on a PRÉFÉRÉ garder en fait le... NOTRE planning ! Parce que d'en parler tout le temps on a préféré choisir de... de sortir en fait ! De la situation pour faire un peu autre chose. Parce que c'était plus lourd au niveau... d'en parler tout le temps ! » [E7].*

- **Les MG se sont perçus comme victimes dans un second temps à cause de l'inquiétude des proches, la violence ressentie et l'épuisement émotionnel. Cette victimisation a été amplifiée par le récit de leurs patients et la forte médiatisation.**

Les MG ont tous retenu en premier lieu l'inquiétude des proches à leur égard :

*« Tout le monde a pensé à nous rapidement. Donc tout plein de textos à envoyer pour dire que tout le monde allait bien ! [...] Donc un peu traumatisant ! » [E7].*

Ceci a favorisé leur positionnement en victime E3 ayant indiqué « *Et donc on s'est senti... euh quoi y a eu un RESENTI... l'intellectualisation était après, mais vraiment un ressenti physique d'intégration à l'évènement.* » avant de rajouter : « *Y a un climat émotionnel qui est présent partout partout partout partout ! Et donc vous êtes dedans ! Vous êtes vous-même dans le tourbillon.* ».

Les MG ont éprouvé une importante charge émotionnelle :

*« Euh... Et que c'est une charge, une charge d'épuisement émotionnel énorme ! [se racle la gorge] Et comme je ne sais pas ce qu'il faut faire contre l'épuisement émotionnel... C'est un vrai danger ! Franchement c'est un vrai danger. Pour le médecin ! » [E3].*

« C'est la seule fois quasiment de ma vie où je suis rentré chez moi à huit heures du soir j'suis allé me coucher ! Je n'en pou... C'était terrible quoi ! » [E6].

Ils ont ressenti un sentiment d'impuissance et de vulnérabilité devant la violence de la nature :

« Toute cette destruction [...] ça a été extrêmement violent ! Très très très violent... Et pour tout le monde quoi ! » [E1].

« Les inondations c'est toujours très compliqué parce que on ... on a l'impression qu'on peut faire quelque chose [rire jaune] mais en fait on est très démuné ! » [E8].

Ils ont vécu les événements à travers les récits de leurs patients :

« C'est vrai que l'attentat on l'a vécu au travers des gens. » [E1].

L'impact psychologique sur les MG a été également amplifié par la forte médiatisation et la présence de personnalités politiques nationales dans une commune présentant déjà de lourds stigmates :

« Et après c'est l'évènement était partout puisque après les jours après c'est vrai qu'y avait la télé, y avait des journalistes partout dans la... on pouvait plus acheter un sandwich sans croiser trois journalistes, on allumait la télé on parlait de ça ! Y a le Premier Ministre qui est venu, y a eu les enterrements des... des... des victimes... avec un processus émotionnel et médiatique euh... énorme ! » [E3].

Ces événements ont pu faire ressurgir des traumatismes anciens comme chez le médecin qui a décliné de participer à l'étude ou comme chez E8 : « Alors là j'ai ressenti... d'abord... vraiment l'impression que ça recommençait parce que moi j'ai vécu les inondations de 99 dans l'Aude. ».

- **Les MG ont considéré que le traumatisme lié aux inondations a été supérieur à celui des attentats en raison du nombre de personnes concernées et des dégâts constatés. Le traumatisme des attentats a amplifié celui des inondations.**

Les médecins ont été d'accord pour dire que le traumatisme lié aux attentats a été restreint :

« Là en fait cette catastrophe, cet... cet événement a... a... a touché en fait un nombre RESTREINT de personnes. » [E8].

Les inondations ayant laissé d'importants dégâts :

« Trèbes est mutilée et triste. » [E1].

Les répercussions des inondations furent quant à elles plus importantes du fait que les MG avaient déjà été sensibilisés par l'attaque terroriste :

« [larmes] [...] ÇA c'était plus angoissant pour le coup ! Parce que c'était le... enfin voilà c'était le deuxième choc, le deuxième effet Kiss Cool. » [E5].

### 3.2.2 Vécu en tant que médecin

- **Les MG ont d'abord témoigné de la sympathie pour leurs patients.**

Les MG ont vécu un véritable parcours émotionnel face à la situation et aux récits de leurs patients. Au début, c'est la sympathie dans la relation qui a dominé comme pour E3 : « *Ce qui a été extrêmement violent c'est ces milliers de personnes, enfin ce millier de personnes... qui s'est retrouvé avec tout perdre ! tout perdre... [larmes]* ».

Certains MG ont évoqué une fatigue à la compassion lors de la deuxième catastrophe :

« *Enfin voilà c'était leur traumatisme à eux que j'avais du mal du coup... Cette fois-là, là c'était un peu... un peu trop quoi à gérer ! Un peu difficile. Euh... C'était... c'était ouais compliqué !* » [E5].

- **Puis ils ont assumé leur responsabilité professionnelle, retrouvant l'empathie malgré l'impact émotionnel.**

Certains MG ont accordé la priorité à leur responsabilité professionnelle en faisant preuve de dévouement envers leurs patients malgré un impact significatif sur le plan personnel :

« *Après les attentats c'était plus difficile de travailler sur le... même sur le voisinage. Bon j'y suis allée parce que y avait besoin d'y aller...* » [E7].

D'autres, cependant, ont eu besoin de prendre plus de temps :

« *Enfin voilà, à chaque fois j'ai eu l'impression d'être celle qui... [...] enfin il fallait y aller quoi qu'il arrive ! Et là j'avais besoin d'un peu plus de temps pour... me poser quoi ! Enfin voilà quoi ! J'... j'avais besoin d'être un ÊTRE HUMAIN et pas une machine de guerre et... Et après j'suis revenue le lendemain !* » [E5].

- **Les MG ont ressenti de la frustration et un sentiment d'inutilité à cause de l'absence de sollicitation par les autorités publiques.**

Beaucoup se sont interrogés sur leur place en tant que MG dans l'organisation des soins en réponse à une situation sanitaire exceptionnelle :

« *Donc un peu isolée quand on est tout seul comme ça dans son coin on reste très désolée un peu et je me suis sentie finalement un peu inutile.* » [E2].

Ils ont ressenti de la méfiance et un sentiment d'abandon et de colère vis-à-vis des instances qui les avaient négligées au niveau territorial :

*« Oui oui oui parce que je suis aussi en colère sur la façon dont les ARS ont oublié de réfléchir dans l'immédiateté que... ce qui avait dégueulé sur Trèbes c'était quand même... quand même pas joli d'un point de vue écologique quoi. [...] On a laissé les gens patauger là-dedans sans mettre de gants, sans mettre de masque, sans... donc on verra dans 20 ans les dégâts que ça aura provoqués ! » [E3].*

Certains MG ont souffert d'un manque de reconnaissance par l'Etat du devoir accompli :

*« Et puis l'absolue indifférence des autorités sur la Médecine Générale dans une situation de catastrophe quoi. Avec un... une sous... une sous-utilisation... et une MÉCONNAISSANCE de tout le travail qu'on a fait quoi [...] Et donc comme on n'est pas dans les plans on n'est personne quoi ! » [E6].*

- **Les MG ont mobilisé leur compétence d'approche globale du patient, suivi et coordination des soins.**

Beaucoup de patients se sont tournés vers leurs MG après l'attentat et les inondations, aussi bien dans les suites immédiates que sur le plus long terme :

*« On a reçu énormément de gens qui avaient voilà, qui avaient des troubles... des insomnies, des euh... des angoisses... des incompréhensions euh... » [E1].*

D'ailleurs les MG ont pu dépister certains patients à risque de TSPT et les orienter vers les dispositifs de prise en charge adéquats :

*«... on a travaillé sur le stress post traumatique tout ça donc... » [E2].*

*« J'essaye toujours d'avoir un discours d'accompagnement et d'essayer de dépister ceux qui avait besoin d'un suivi plus approfondi, d'orienter à la psychologue là où c'était nécessaire. » [E4].*

Certaines confidences liées aux attentats ont embarrassé des MG :

*« Il y a eu aussi... des discours un peu moins politiquement corrects qui sont un peu ressortis. [...] Ouais ça l'a fait réagir et j'étais un peu mal à l'aise par rapport à ça. » [E5].*

Lors des inondations, les MG ont été acteurs de la réponse sanitaire immédiate :

*« Voilà donc y a eu des points. Y a eu des pansements. Y a eu des ordonnances... faites... oubliées... » [E7].*

Ils ont constaté et pris en charge des troubles somatiques liés aux événements :

« Voilà des... des patients qui avaient des douleurs chroniques, difficiles, voilà avec des réminiscences des balles et tout ça qui avaient vécu la guerre. Euh... dans d'autre pays hein ! » [E7].

- **Les MG ont développé de nouvelles compétences pour s'adapter à la situation de crise, compétences qu'ils ont ensuite intégrées à leur exercice habituel.**

Les MG ont évoqué la difficulté de devoir travailler avec des ressources réduites et des infrastructures limitées :

« Enfin du coup j'me sentais pas dans mon champ de compétences ! Euh donc j'ai dev... enfin j'avais l'impression que c'était la guerre quoi ! [...] On devait faire avec les moyens du bord... enfin voilà ! C'est un truc auquel on n'est pas habitué. Donc ça c'était difficile... » [E5].

Ils ont su s'adapter pour répondre à la situation de crise avec le besoin d'une implication active dans la réponse sanitaire immédiate :

« On m'a proposé un local pour que je puisse consulter [...] nous avons décidé d'organiser le lendemain une jolie consultation... pour une interne qui était avec nous... » [E3].

Les MG ont dû adapter leur pratique quotidienne les premières semaines :

« Donc OUI ça a changé au début, c'était un peu n'importe quoi au niveau de l'organisation, au niveau du timing, au niveau de tout ça et après c'est rentré dans l'ordre petit à petit. » [E5].

Pour certains MG, les conséquences sur leur exercice médical à long terme n'ont pas été majeures :

« Est-ce que j'vais dire que j'ai changé mon comportement de ma façon de travailler ? Non ! J'ai pas changé. J'ai... j'ai fait comme je fais... toujours ! Dans ces moments-là. » [E8].

Mais pour d'autres ils ont été vécus avant tout comme une expérience enrichissante :

« Et puis je sais pas c'est une expérience supplémentaire, oui ça apporte forcément que si y a d'autres circonstances dans des circonstances identiques on va être encore plus armés pour... » [E2].

- **Les MG ont retrouvé le plaisir d'être utile à la population dans une relation immédiate et simple.**

*« Et on a de la chance de pouvoir transmettre tout ça aux gens parce que finalement le sens d'une vie c'est d'être utile puis de se dire qu'on a transmis deux trois petites choses à nos enfants, à nos amis, à nos patients ! Voilà ! Qu'on leur a donné envie. Qu'on leur a donné espoir. » [E1].*

Un sentiment accru des MG d'appartenir à la communauté locale a aussi pu transparaître :

*« Voilà j'me sens plus effectivement membre de la communauté des gens de Trèbes. Ça c'est sûr... qu'avant ! » [E6].*

- **Les MG se sont interrogés sur leur légitimité professionnelle car ils ne se sentaient pas compétents face à de telles catastrophes.**

*« Pour l'attentat euh... j'avais rien... clairement j'avais strict... D'un point de vue médical sur le moment j'avais rien à y faire ! » [E4].*

*« Du coup moi j'avoue j'me suis mise en retrait parce que du coup j'trouvais ça trop angoissant et j'me sentais pas légitime. » [E5].*

Certains MG ont essayé de se former sur le tard comme E6 : *« Et j'ai travaillé tout c'que j'trouvais... tout ce que j'avais trouvé sur les attentats, sur le syndrome du stress aigu, sur le syndrome du stress post-traumatique. ».*

Les MG se sont sentis frustrés de ne pas avoir de correspondant de référence :

*« J'pense qu'il y a un peut-être un peu plus de travail à faire en coordination avec la cellule de... d'urgence psychologique. Cette fameuse CUMP là. Où on n'a aucun contact. Donc... savoir un peu comment on peut travailler ensemble. » [E8].*

Cette position a été renforcée par la désertion brève de la patientèle au moment de ces événements :

*« Et on a commencé à avoir donc une consultation extrêmement creuse l'après-midi parce que les gens ne venaient plus. En consultation. » [E3].*

- **Les MG ont vécu leur résilience comme une compétence nécessaire.**

*« Voilà on était capable de le digérer parce que on nous a appris dans notre rôle de médecin que il fallait digérer quoi ! Donc on le digérait. » [E3].*



### 3.2.3 Propositions des MG

- **Les MG auraient souhaité une coordination interdisciplinaire avec les collectivités locales pendant les évènements.**

Les MG ont été demandeurs d'une coordination plus formelle à l'échelle locale :

*« Après si j'ai peut-être un vœu à formuler c'est effectivement peut-être de... de pouvoir mieux se coordonner nous les libéraux avec... avec ces instances publiques qui prennent en charge tout ça. »* [E8].

Certains MG se sont cependant montrés satisfaits de l'organisation de la réponse sanitaire :

*« Encore une fois j crois que le système était bien organisé hein ! »* [E8].

- **Les MG ont vécu la solidarité des pairs comme un soutien essentiel à développer.**

Pour limiter l'épuisement émotionnel, le soutien des pairs a été considéré comme bénéfique dans le vécu de ces évènements et le processus de récupération :

*« Et donc ça m'a fait un bien fou ! D'entendre mon ami qui me disait : « Bon on va faire l'impossible et envoies-les, on va s'en occuper. » »* [E6].

Aucun des MG n'a indiqué avoir eu recours à l'aide d'un professionnel pour faire face au stress secondaire à ces catastrophes, même si certains auraient souhaité pouvoir se joindre à un groupe de parole :

*« Mais c'est vrai qu'on n'a pas eu l'occasion de débriefer. »* [E7].

*« Mais un groupe de parole entre médecins pour exprimer simplement... ses difficultés, ça n'existe pas. »* [E3].

## 4. DISCUSSION

Nos résultats ont montré que les MG exerçant à Trèbes ont subi un impact significatif, tant sur le plan personnel que professionnel, suite à l'attaque terroriste et aux inondations ayant touché Trèbes en 2018. Bien qu'ils aient été acteurs de la réponse sanitaire à court et à long termes, ils se sont également sentis comme victimes de ces événements et ont souffert du manque de reconnaissance de la part des institutions publiques, que ce soit dans cette position de victime ou dans leur devoir accompli pour la communauté.

Néanmoins, les MG ne semblent pas avoir développé de TSPT et le soutien informel qu'ils ont reçu de leurs pairs aura participé à leur processus de résilience. Un large éventail d'émotions est ressorti au cours des entretiens : peur, culpabilité, impuissance, sympathie, empathie, colère ou encore joie. Ils ont été frustrés de ne pas avoir de correspondant disponible, ce qui diverge de leur rôle habituel de coordinateur de soins (8).

### 4.1 Forces de l'étude

Dans un premier temps, en juillet 2018, seule l'expérience vécue des MG lors de l'attaque terroriste de Trèbes et Carcassonne devait être explorée. En cours d'étude, la commune de Trèbes ayant été touchée par une seconde catastrophe (les inondations), il est apparu indispensable d'étudier les conséquences de ce deuxième événement pour enrichir notre travail.

La méthode d'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes permet de façon privilégiée d'explorer l'expérience vécue en profondeur des sujets qu'elle interroge avec comme objectif « une perspective théorisante ». Cette méthode d'analyse « permet de jeter directement les bases d'une théorisation des phénomènes étudiés sans qu'il y ait de décalage entre l'annotation du corpus et la conceptualisation des données » (11).

Bien que les entretiens se soient déroulés sur une période de 10 mois dans l'année suivant ces événements, avec un possible impact sur la mémorisation, les participants ont donné des réponses longues, détaillées et intimes aux questions d'entrevue. Ils ont ainsi limité ce biais de mémorisation. De plus, le recul par rapport à leur vécu de ces événements peut aussi être enrichissant. La fiabilité des résultats repose également sur l'analyse des données par triangulation des deux chercheurs pour éviter la survenue de biais d'interprétation.

Nous avons interrogé huit des neuf MG exerçant à Trèbes. La saturation des données a été atteinte lors du sixième entretien puisqu'il s'agissait de rendre compte spécifiquement du vécu des MG après une suite de catastrophes spécifiques : la séquence attaque terroriste et inondations

qui ont touché Trèbes en 2018 et le processus de rétablissement ultérieur. Des catastrophes d'autres natures peuvent entraîner des expériences et des défis différents pour les MG.

Les résultats sont innovants puisque nous n'avons trouvé dans la littérature qu'une étude sur l'expérience vécue des infirmières et des MG lors de la série de tremblements de terre de Canterbury (Nouvelle Zélande) en 2010-2011 (14).

## **4.2 Limites de l'étude**

L'investigatrice, ayant été étudiante puis ayant exercé en tant que médecin remplaçant au sein de deux cabinets médicaux sur la commune de Trèbes, connaissait déjà certains médecins interrogés. Cela a pu favoriser les confidences ou au contraire dissimuler des comportements ou sentiments.

*L'équation intellectuelle du chercheur* (11) le prédispose à catégoriser les phénomènes, à imaginer les relations qui les unissent et à hiérarchiser les questions en fonction de sa structure cognitive et de ses expériences personnelles. Elle est ici particulièrement prégnante. En effet, l'investigatrice a également vécu ces événements et ceci a pu engendrer une part de subjectivité supplémentaire dans l'analyse des verbatims.

## **4.3 Forces et faiblesses des résultats en comparaison avec la littérature**

### **4.3.1 Vécu personnel des médecins**

Dans un second temps, les MG se sont rendu compte qu'ils étaient aussi des victimes, notion qui n'apparaît pas dans l'étude de Johal et Mounsey (14).

### **4.3.2 Vécu professionnel des médecins**

Les entretiens ont révélé l'attachement que les MG ont envers leurs patients. Beaucoup d'entre eux ont accordé la priorité à leurs responsabilités professionnelles malgré l'existence de préoccupations personnelles. Ils se sont ressaisis après un moment de sympathie pour retrouver une empathie plus professionnelle.

Les consultations ont été allongées, faute de ressources ou de référents psychothérapeutes. On retrouve ces résultats dans l'étude de Johal et Mounsey, qui décrivait les défis professionnels des MG et des infirmières en réponse à une situation de catastrophe (14).

Les participants ont également constaté et pris en charge des troubles somatiques liés aux événements, au-delà des seuls troubles mentaux. Les études de Vandentorren et d'Haga montraient

déjà une augmentation de la consommation de soin pour des troubles somatiques des personnes exposées à un évènement traumatisant (2) (15).

Des MG ont remis en cause leur légitimité professionnelle lors de ces évènements exceptionnellement violents. L'OMS a pourtant élaboré des lignes directrices pour les stratégies de gestion des problèmes et des troubles spécifiques à la survenue d'un évènement stressant majeur. Elles précisent les conduites à tenir thérapeutiques en fonction des troubles dont souffre le patient. Les interventions non médicamenteuses comme la TCC sont à privilégier aux dépens de l'usage des benzodiazépines (5).

Les MG ont évoqué le plaisir d'être utile dans une relation authentique immédiate et simple, contrairement à ce qui se joue sur la scène médicale ordinaire. Rester au service de leurs patients durant ces évènements a favorisé leur processus de résilience (16).

### **4.3.3 Propositions des MG**

Les MG éprouvent un besoin de reconnaissance de la part des autorités publiques et souhaitent être mieux intégrés dans l'organisation des soins en réponse à une catastrophe. Une approche coordonnée des différents acteurs médicaux disponibles ne pourrait qu'être bénéfique à l'ensemble des personnes et institutions concernées par de tels évènements, comme Baccino l'avait souligné avec le rôle potentiel que pourraient avoir les structures de médecine légale lors de tels évènements pour la prise en charge des victimes vivantes (17). Des directives et une formation semblent nécessaires pour mieux préparer les MG, comme souligné dans l'étude de Dabrera (18).

Une importance particulière devrait être accordée par les différentes institutions au soutien social ainsi qu'à la préparation à la gestion du stress et aux conséquences des traumatismes psychiques sur les MG.

Le plan de crise de la DGS précise le rôle important que les MG peuvent avoir en situation d'agression collective par armes de guerre : utiliser leurs compétences pour renforcer les intervenants de l'urgence, faire gagner des délais de traitement et d'évacuation considérable en situation d'attentat puis être au plus près des patients pour la détection et le suivi de pathologies liées à un attentat. Mais il n'aborde pas la question du soutien dont il pourrait avoir besoin (4). Pourtant, selon Cyrulnik, le soutien et le partage des expériences traumatisantes après une agression psychique est un élément indispensable à la résilience (19).

Les MG ont souligné le précieux soutien qu'ils avaient reçu de leurs pairs de manière informelle. Ils auraient aimé avoir la possibilité de se réunir avec d'autres professionnels de santé

pour discuter de sujets de préoccupations personnelles et de développement professionnel à la façon des groupes de parole (20).

Les groupes Balint permettent de partager des situations professionnelles dans lesquelles la relation soignant-soigné a posé problème, mais ne permettent pas aux médecins d'exprimer leurs difficultés personnelles (21). Le concept et la mise en œuvre des « rondes » de Schwartz pourraient apporter une contribution significative au bien-être des professionnels de santé et aux soins des patients en situation de catastrophe (22). Les Schwartz Rounds sont un forum multidisciplinaire conçu pour permettre au personnel de se réunir une fois par mois pour discuter et réfléchir à l'aspect non clinique des soins aux patients, c'est-à-dire aux défis émotionnels et sociaux associés à leur travail. Une discussion plus approfondie sur l'utilité et le potentiel de ces forums dans la reprise après sinistre peut être trouvée dans Johal (14) (23).

## **5. CONCLUSION**

Ce travail met en évidence la volonté des MG sur le terrain de prendre en soins leur population au décours d'une catastrophe. Ils revendiquent leur intégration dans les plans, desquels ils se sentent exclus. Ils ont besoin d'une préparation et d'un soutien psychologique organisé par les institutions ou les pairs. Cela pourrait contribuer à les préserver de l'épuisement émotionnel et favoriserait une gestion des catastrophes efficace, compétente et compatissante. D'autres études pourraient préciser le rôle que les patients attendent de leur MG dans une situation de catastrophe.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, Greca AM. Weighing the cost of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychol Sci Public Interest*. 2010;11(1):1-49.
- (2) Vandentorren S, Pirard P, Sanna A, Aubert L, Motreff Y, Vuillermoz C, et al. Étude IMPACTS : Investigation des manifestations traumatiques post-attentats et de la prise en charge thérapeutique et de soutien des personnes impliquées dans les attentats de janvier 2015 en Île-de-France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(38-39):738-46. Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018\\_38-39\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018_38-39_1.html) (consulté le 15.01.2020)
- (3) Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016 : 257-268.
- (4) DGS. La prise en charge des urgences collectives [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 ; 205-213. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Agressions-collectives.pdf> (consulté le 19.11.2018)
- (5) World Health Organization, Van Ommeren M. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Internet]. 2013. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/>
- (6) Motreff Y, Pirard P, Baubet T, Groupe 13-Novembre, Chauvin P, et al. Enquête de santé publique post-attentats du 13 novembre 2015 (ESPA 13-Novembre) : premiers résultats concernant les intervenants. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(38-39):756-64. Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018\\_38-39\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018_38-39_3.html) (consulté le 15.01.2020)
- (7) Weiniger CF, Shalev AY, Ofek H, Freedman S, Weissman C, Einav S. Posttraumatic stress disorder among hospital surgical physicians exposed to victims of terror: a prospective, controlled questionnaire survey. *J Clin Psychiatry*. juin 2006;67(6):890-6.
- (8) Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J *et al*. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006;76:31-2.
- (9) Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. 1967 Chicago: Aldine. 283p.
- (10) Oude Engberink A, Badin M, Serayet P, Pavageau S, Lucas F, Bourrel G, Norton J, Ninot G, Senesse P. Patient-centeredness to anticipate and organize an end-of-life project for patients receiving at-home palliative care: a phenomenological study. *BMC Fam Pract*. 2017 Feb 23;18(1):27.
- (11) Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. 4e édition. Paris : Armand Colin;2016. 432 p.

- (12) Kaufmann JC. L'entretien compréhensif - L'enquête et ses méthodes. 3e édition. Paris : Armand Colin;2011. 128 p.
- (13) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
- (14) Johal SS, Mounsey ZR. Recovering from disaster: Comparing the experiences of nurses and general practitioners after the Canterbury, New Zealand earthquake sequence 2010–2011. *Nursing & Health Sciences*. 2017;19(1):29-34.
- (15) Haga JM, Stene LE, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G. Does posttraumatic stress predict frequency of general practitioner visits in parents of terrorism survivors? A longitudinal study. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 20 nov 2017 [cité 1 oct 2020];8(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5784312/>
- (16) Anaut M. Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;82(3):4-11.
- (17) Baccino E. À propos des attentats du 13 novembre 2015 et du rôle de la médecine légale : n'oublions pas les vivants ! *La Revue de Médecine Légale* 2016;7(2):43-6.
- (18) Dabrera G, Anyaegbu E, Addiman S, Keeling D, Ashton C, Whala S, et al. Is preparedness for CBRN incidents important to general practitioners in East London? *J Bus Contin Emer Plan*. 2012;6(1):47-54.
- (19) Cyrulnik B, Jorland G. Résilience : connaissances de base. Paris : Odile Jacob;DL 2012, 1 vol. (222 p.)
- (20) West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism. *JAMA Intern Med*. 2014 Apr 1;174(4):527.
- (21) Salinsky J. Balint under the microscope: What really happens in Balint groups? *Int J Psychiatry Med*. 2018;53(1-2):7-14.
- (22) Goodrich J. Supporting hospital staff to provide compassionate care: Do Schwartz Center Rounds work in English hospitals? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2012;105(3):117.
- (23) Johal S. Kindling Kindness for Compassionate Disaster Management. *PLoS Curr* [Internet]. 5 oct 2015 [cité 5 oct 2020];7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607292/>



# ANNEXES

## A. FICHE DE CONSENTEMENT

**TITRE DE LA RECHERCHE :** Expérience vécue par les médecins généralistes de Trèbes suite à deux évènements traumatisants successifs que sont les attaques terroristes et les inondations de 2018.

**CONTEXTE DU PROJET :** Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de thèse de doctorat de Madame BAERT Belinda, dirigé par le Docteur CLARY Bernard, du Département de Médecine Générale à l'Université de Montpellier.

### Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à un entretien individuel, d'une durée d'environ une heure. Le but de cette recherche est de comprendre l'expérience vécue des médecins généralistes lors d'une attaque terroriste ou d'un cataclysme climatique puis dans les suites précoces et à plus long terme

### Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, à votre propre vécu face aux tragédies dont vous avez été témoin ces derniers mois.

Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en informer la personne qui mène l'entrevue.

### Anonymat et conservation des données

Votre participation à ce projet étant anonyme, il ne sera pas possible de vous identifier. Ainsi, les données issues de vos réponses pourront être conservées pour d'autres analyses ou d'autres recherches, sous forme anonyme.

### Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

### Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### Signatures

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice d'information.

Fait à ..... en deux exemplaires, dont un est remis à l'intéressé.

Nom de l'investigateur

.....

le ...../...../20...

Signature de l'investigateur

Nom et prénom du médecin

.....

le ...../...../20...

Signature du médecin précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

## B. VERBATIM

Entretiens disponibles sur CD.

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*



## RESUME

**Objectif :** Explorer l'expérience vécue par les médecins généralistes (MG) d'un point de vue personnel et professionnel suite à deux catastrophes que sont les attaques terroristes et les inondations qui ont touché la ville de Trèbes en 2018.

**Méthodes :** Etude qualitative par théorisation ancrée avec analyse par catégories conceptualisantes, par entretiens individuels semi-dirigés compréhensifs auprès de huit médecins généralistes exerçant à Trèbes au moment des événements. Les données ont été analysées en triangulation jusqu'à saturation des données après transcription littérale des enregistrements audio.

**Résultats :** Les MG ont subi un impact significatif tant sur le plan personnel que professionnel lors de ces deux événements. Ils ont mobilisé leur compétence d'approche globale du patient et su en développer de nouvelles en réponse aux événements. Les médecins ont souffert du manque de reconnaissance de la part des institutions publiques tant dans leur position de victime que dans leur devoir accompli pour la communauté. Ils auraient souhaité une coordination interdisciplinaire et voudraient développer le soutien entre pairs.

**Conclusion :** Cette étude met en évidence la volonté des MG de prendre en soins la population au décours d'une catastrophe. Ils se sentent exclus des plans actuels et revendiquent leur intégration dans ceux-ci. Ils ont besoin d'une préparation et d'un soutien psychologique organisé par les institutions ou les pairs. D'autres études pourraient préciser les attentes des patients quant au rôle de leur MG dans une situation de catastrophe.

**Mots clefs :** Recherche qualitative, théorisation ancrée, expérience vécue, médecin généraliste, soins primaires, catastrophes, catastrophe naturelle, attaque terroriste